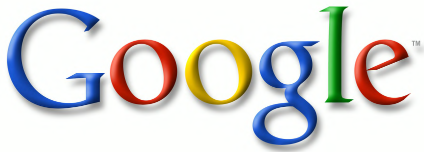
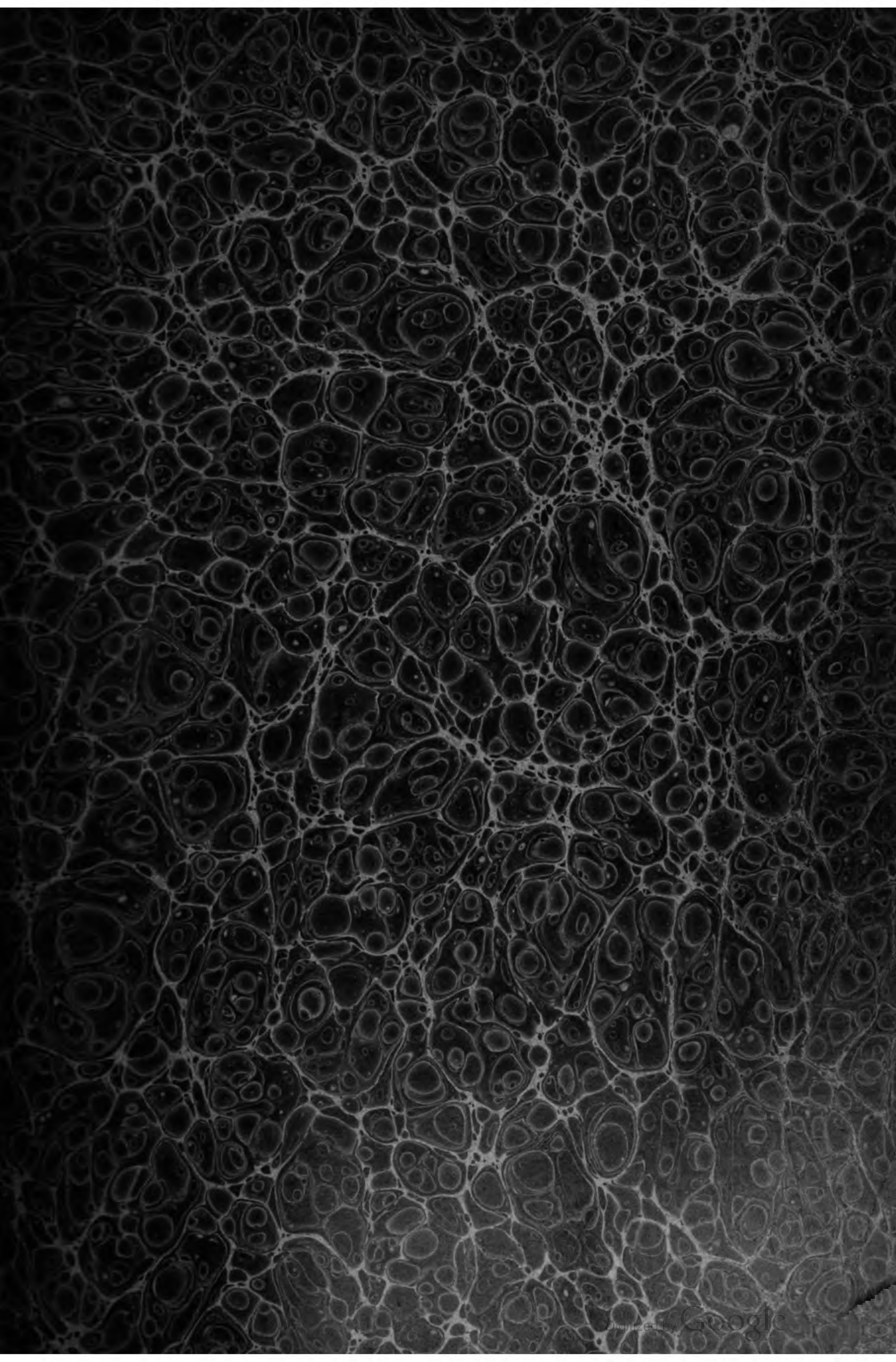
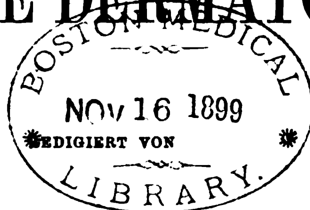




MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.



REDIGIERT VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

ACHTUNDZWANZIGSTER BAND.

1899.

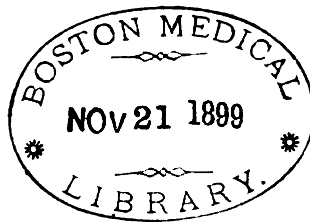
JANUAR BIS JUNI.

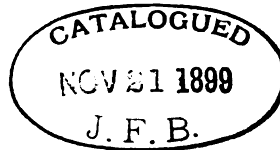
MIT VIER TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1899.





Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Versammlungen.

Fachzeitschriften.

Seite

Bücherbesprechungen.

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Mikroskopische Technik.

Seite

Bakteriologie.

Hygiene.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Seite

Pharmakologie.

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

II. Neurotische.

Seite

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Seite

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

β. *Tuberkulose.*

γ. Syphilis.

b. der Cutis.

Seite

Progressive Ernährungsstörungen.

Pigmentanomalien.

Regressive Ernährungsstörungen.

Idioneurosen.

Saprophyten und Fremdkörper.

Mifsbildungen.

Seite

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Seite

b. Hoden und Samenbläschen.

c. Prostata.

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Seite

e. Labien, Vagina etc.

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Seite

Verschiedenes.

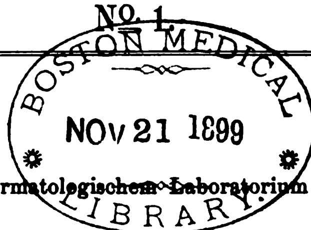
IV. Notizen.

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Zu S.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. No. 1. 1. Januar 1899.



Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Beitrag zur Kenntnis des Baues der normalen Hornzellen mit besonderer Berücksichtigung der Ernstschen „Keratingranula".

Von

J. M. H. Mac Leod, M. A., M. D., Dundee.

(Mit Tafel I.)

Es ist nicht meine Absicht, in dieser kurzen Abhandlung den Prozeſs der Verhornung im allgemeinen zu erörtern.

Es ist über diesen Gegenstand bereits so viel geschrieben worden, was sich bestätigt hat, aber auch so viel, was, nach neueren Methoden geprüft, als nicht zuverlässig sich erwies, daſs unser gegenwärtiges Wissen betreffs dieses Gegenstandes einigermaſsen verworren erscheint und ich spreche zweifellos die Meinung vieler aus, wenn ich sage, daſs der Verhornungsprozeſs noch nicht voll und ganz verstanden wird.

In diesem kurzen Beitrag zur Kenntnis unseres Gegenstandes möchte ich einfach zwei Fragen einer näheren Betrachtung unterwerfen, nämlich:

1. Enthält die Hornzelle Granula, wie sie von Ernst als „Keratingranula" beschrieben sind?

2. Ist die Oberfläche einer Hornzelle glatt oder zeigt sie die Anwesenheit von Stacheln, die sich auf einer mehr oder weniger ausgeprägten Stufe der Degeneration befinden?

Es scheint mir, daſs zuerst die Annahme einer in den Hornzellen vorhandenen Körnung entschieden werden muſs, bevor wir die Struktur dieser Zellen ganz verstehen können, und daſs eine korrekte Erledigung dieser beiden Fragen erforderlich ist, bevor wir der Lösung des Problems der Verhornung näher zu treten im stande sind.

Bevor ich die Resultate im einzelnen anführe, welche ich in Verbindung mit diesem Thema aus meinen Schnitten und Versuchen gewonnen habe, scheint es mir rätlich, einen kurzen Rückblick auf die wichtigsten Litteraturangaben über diesen Gegenstand zu werfen.

UNNA[1] beobachtete 1876, daſs, wenn eine Stachelzelle verhornt, die Stacheln nicht ganz verschwinden, sondern als feine Granular-Rudimente zwischen den Zellen zu persistieren scheinen. Diese Erscheinung von Körnung schrieb er damals dem Umstand zu, daſs die Stacheln schrumpfen. Durch die Schrumpfung und Verkleinerung der Stacheln, nimmt er an, kämen die verhornten Zellen in nähere Aneinanderlagerung zu einander als die eigentlichen Stachelzellen.

LANGERHANS hat ebenfalls beobachtet, daſs, obwohl die verhornten Zellen gewöhnlich dicht zusammenschlossen, in einigen Fällen zwischen ihnen eine feine gekörnte Linie vorhanden war.

1882 schrieb UNNA wieder über diesen Gegenstand.[2] Er erwies in einigen Fällen die Anwesenheit von Fetttröpfchen zwischen den Zellen und zeigte, daſs die Zellen nicht eng zusammengeschlossen lagen, sondern daſs auf ihrer Oberfläche geschrumpfte Stacheln sichtbar waren, mit anderen Worten, daſs die Hornzellen nicht durch eine homogene Kittsubstanz, sondern durch das Vorhandensein umgewandelter Stacheln verbunden waren.

In dieser Abhandlung und in einer späteren kritischen Übersicht 1888 beschrieb UNNA[3] eine Reihe von Versuchen, in denen er Teile der Hornschicht in einer Lösung von Pepsin und Salzsäure der Verdauung aussetzte. Mit dieser Methode fand er, daſs die Zellwand und die Intercellular-Brücken allein der Verdauung widerstanden, während der Inhalt der Zelle ganz verschwand. Er schloſs daraus, daſs der Verhornungsprozeſs nur den Zellmantel und die Intercellular-Brücken betrifft, und stellte die Vermutung auf, daſs dies einem Eintrocknungsprozeſs zuzuschreiben sei, möglicherweise auf Grund einer chemischen Umwandlung.

SEVERIN fand auch ein schwarzes Netzwerk zwischen den Zellen und bezog dies auf das Intercellular-Fett.

ZANDER[4] behauptete auf der anderen Seite, daſs die Oberfläche der verhornten Zellen glatt ist, und er beschrieb die Hornzellen der Vola manus und Planta pedis (ZANDERS Typus A) als abweichend von dem gewöhnlichen Typus B und als Zellen mit einem homogenen Rand, einem hellen Raum im Centrum und einem feinen Netzwerk, welches sich zwischen Zellraum und Zellwand erstreckte.

Indessen fand BEHN,[5] der die Verdauungsmethode anwandte, daſs die Zellen von ZANDERS Typus A am ganzen Körper vorhanden waren.

---

[1] Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde. 1876.
[2] Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut. *v. Ziemssens Handbuch.* 1882.
[3] Hornschicht und Verhornung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888, S. 960.
[4] *Arch. f. Anat. u. Physiol.* 1888, S. 51.
[5] Studien über die Verhornung der menschlichen Oberhaut. Kiel 1891.

ERNST[6] wies in einer Arbeit über normale Verhornung, mit Hülfe der GRAMschen Methode, nach, daſs bei der GRAMschen Färbung nur die unvollständig verhornten Zellen gefärbt waren und daſs im Äquator der Zellen eine ungefärbte Zone läge, die er als verhornt betrachtete. Zwischen den Zellen lagen dort blau gefärbte Fasern, identisch mit den Horn-Fibrillen, welche nach WALDEYERS Methode zur Darstellung kommen.

In einer erschöpfenden Arbeit über normale und pathologische Verhornung, nach der Verdauungsmethode, bestätigte UNNA[7] nochmals, daſs die normale Hornsubstanz nur als Mantel ganz an der Auſsenseite der Zelle sich befinde. In derselben Arbeit beschrieb er Keratin als Protoplasma mit umgewandelter Struktur und Anordnung und als eine Substanz, die keineswegs mit Keratohyalin und Eleidin zusammenzuwerfen sei.

RAUSCH[8] veröffentlichte in demselben Jahr eine Arbeit, in der er verschiedenartige Bilder beschrieb, die durch Färbung macerierter Zellen in UNNAS polychromer Methylenblau-Lösung zur Darstellung gebracht waren. Er macerierte die Zellen mittelst Säuren und Alkalien wie Salicylsäure, Essigsäure, Wasserstoffsuperoxyd, Liq. Kali. Er bestätigte in erster Linie, daſs ganz verschiedene Arten von verhornten Zellen vorhanden waren, welche tinktorielle Verschiedenheiten darboten. BEHN beobachtete dies bereits an mit Osmium behandelten Präparaten, an denen er fand, daſs einzelne Zellen von grünlicher Farbe waren, während andere eine bräunliche Färbung zeigten. RAUSCH beschrieb rote Zellen, blaue Zellen und solche, welche die zwischenliegenden Schattierungen zwischen blau und rot darboten. Er bemerkte, daſs das in den Zellen vorhandene Fett wohl die Färbung beeinfluſst, aber nicht den wesentlichen Unterschied der verschiedenen Färbungen ausmacht. An zweiter Stelle beobachtete er, daſs die Hornzellen nicht alle homogen waren, sondern daſs viele derselben kleine, feine Punkte aufwiesen. Diese Punkte hielt er für identisch mit dem, was UNNA vorher treffend als das „Relief" der Hornzellen beschrieben hatte; er geht dann weiter und sagt, daſs die blauen Zellen dickere Punkte haben als die violetten Zellen, daſs die Farbe des Reliefs im allgemeinen blau ist, und wenn das Relief auf einer roten Zelle liegt, eine violette Färbung zustande kommt, während die rein-roten Zellen kein Relief zeigten. Kurz, er beschreibt auf diese Art drei Typen von Hornzellen:

1. rote Zellen ohne Punkte,
2. blaue Zellen mit groben blauen Punkten,

---

[6] *Arch. f. mikr. Anat. u. Entwicklungsgesch.* 1896.

[7] Über das Wesen der normalen und pathologischen Verhornung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897, S. 1.

[8] Tinktorielle Verschiedenheiten und Relief der Hornzellen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897, S. 65.

3. rote Zellen mit blauen Punkten, welche der Zelle eine violette Schattierung gaben.

Er nahm an, dafs das Relief zustande komme durch die Färbung persistierender reduzierter Stacheln und zeigte, dafs es auch bei gewissen pathologischen Zuständen vorhanden wäre, wie Psoriasis, Ichthyosis und Parakeratosis.

Eine andere Arbeit über pathologische Verhornung, mit Hülfe der GRAMschen Methode, wurde 1897 von ERNST[9] veröffentlicht. Er fand, dafs die dunkel-violetten verhornten Zellen bei Zuständen wie Parakeratose ebenso wie bei Psoriasis zahlreiche gefärbte Granula, ähnlich feinen Punkten, enthielten und untermischt mit den gefärbten Granula fand er zahlreiche hell glänzende ungefärbte Granula. Er glaubt, dafs diese Granula die Träger des Keratin sein könnten und obwohl er zur Zeit keinen Beweis für ihren chemischen Zusammenhang mit Keratin hatte, nannte er sie provisorisch „Keratingranula." Diese Granula schienen sich in den Zellen vom Stratum lucidum bis zu den oberflächlichen Zell-lagen der Hornschicht zu erstrecken. Er fand einige Schwierigkeit, sie von den feineren Keratohyalin-Granula zu unterscheiden, doch sie waren regelmäfsiger, feiner und weit zahlreicher als die grofsen Körner des Keratohyalin. Er hielt es für möglich, dafs sie bei der Auflösung der Protoplasma-Zellfasern entständen, und betrachtete sie auf alle Fälle als einen integrierenden Teil der Hornzellen und als in naher Beziehung zum Verhornungsprozefs stehend.

KROMAYER[10] bemerkte 1898 in einer Arbeit „Was sind die ERNSTschen Keratingranula?", dafs, als er ERNST 1896 seine Granula in Frankfurt habe beschreiben hören, er sie gleich für ein Färbungsprodukt gehalten habe, wie er ähnliche Granula in Präparaten sowohl nach WEIGERTS als nach GRAMS Methode erhalten hätte. Er trat später in eine Nachprüfung dieser Frage ein und wiederholte seine Meinung; gleichzeitig versicherte er, dafs die Granula, welche er mit diesen Methoden fand, in jeder Beziehung den von ERNST beschriebenen ähnlich wären. Er fand in Schnitten von beginnendem Carcinom-Gewebe, wo die Verhornung nicht vollständig war und die Kerne tingibel blieben, dafs eine schwache Lösung von Methylen-Violett in Wasser das protoplasmatische Netzwerk der verhornten Zellen tiefer färbte als das übrige Protoplasma und dafs, wenn er solchen Schnitt mit GRAMS Methode behandelte, an Stelle der fortlaufenden Fasern Streifen von ERNSTS sogenannten Keratingranula erschienen. Er sagte, dafs es für jeden mit diesen Färbungsmethoden Vertrauten leicht wäre, solche Granula darzustellen, nicht nur in Hornzellen, sondern auch in

---

[9] „Studien über pathologische Verhornung mit Hilfe der GRAMschen Methode." *Beitr. z. path. Anat. u. z. allgem. Path.* 1897, S. 438.

[10] *Centralbl. f. allgem. Path. u. path. Anat.* 1898, S. 439.

dem Protoplasma der Bindegewebszellen, dem Kollagen, den elastischen Fasern und sogar dem Muskelgewebe. Er behauptete auch, daſs, wenn man einen mit Jod gefärbten Schnitt mit Alkohol-Xylol (1—4) entfärbt, man findet, daſs der entzogene Farbstoff sich in Krümeln oder Klumpen sammelt, die sternförmige Krystalle bilden und sich entweder durch den ganzen Schnitt verästeln oder ausschlieſslich im Epithel oder im Bindegewebe.

In einer späteren Arbeit zeigte Ernst[11], daſs seine gefärbten Granula eine nahe Beziehung zu den ungefärbten glänzenden Granula hätten, mit der Begründung durch die Thatsache, daſs beim Auf- und Abstellen der Mikrometerschraube die gefärbten Granula glänzend nnd lichtbrechend erschienen und daſs sie so mit einander vermischt waren, daſs man annehmen muſste, sie gehörten zu einander. Er bemerkte ferner, daſs es ungewiſs sei, welche Beziehung seine Keratingranula zu den Granula hätten, welche von Rausch beschrieben sind.

Bevor ich weiter gehe, möchte ich meinen herzlichsten Dank meinem hochgeschätzten Lehrer Herrn Dr. P. G. Unna aussprechen, dessen reiche histologische Erfahrung und sinnreiche Eingebungen in Bezug auf Probleme und Methoden mich bei der Bearbeitung dieses Themas sehr unterstützt haben.

Es wird die Übersicht über die Resultate, zu denen ich in dieser Arbeit gelangt bin, erleichtern, wenn ich letztere unter die folgenden Gesichtspunkte bringe.

I. Sind die sogenannten „Keratingranula“ von Ernst innerhalb der Hornzellen?
II. Welche Beziehung haben die von Rausch beschriebenen Granula zu den Ernstschen „Keratingranula?“
III. Sind diese Granula durch Färbungsmethoden erzeugte Kunstprodukte?
IV. Was sind die Granula?

I.

Sind die sogenannten „Keratingranula“ von Ernst innerhalb der Hornzellen?

Meine erste Aufgabe war, die Körnung in den Hornzellen, wie sie Ernst beschrieben hat, zur Darstellung zu bringen. Zu diesem Zwecke wählte ich zweierlei Horngewebe, normales und pathologisches, nämlich Planta pedis und Clavus; das letztere aus dem Grunde, weil es im Querschnitt ausnehmend gut die Übergangsstufen im Verhornungsprozeſs darbietet.

---

[11] „Die Keratingranula.“ *Centralbl. f. Path. u. path. Anat.* 1898, S. 588.

Ich färbte diese Gewebe zuerst nach der GRAMschen Methode, mit Hilfe einer Gentiana-Violett-Lösung und verwandte dazu die folgende EHRLICHsche Formel:

1.	Gentiana-Violett (Grübler)	1	Teile	10—20 Minuten.
	Alkohol	15	„	
	Anilinöl	3	„	
	Wasser	80	„	
2.	Abspülung im Wasser.			
3.	Jod	1	Teile	bis der Schnitt fast schwarz ist.
	Jodkalium	2	„	
	Wasser	300	„	
4.	Abspülung in Wasser.			
5.	Alkohol, Bergamottöl, Balsam.			

In den so gefärbten Schnitten der Planta pedis und des Clavus fand ich viele sternförmige Krümel und reichlichen unregelmäſsigen, mehr oder weniger feinen Niederschlag. Aber hiervon unabhängig schienen die Zellen des Stratum corneum mit zahlreichen feinen regelmäſsigen Körnern ungefähr von der Gröſse sehr feiner Keratohyalin-Körner besät zu sein.

Bei Zusatz von 2—3 Tropfen Eisessig zur Jod-Lösung, und wenn ich an Stelle von Wasser gleiche Teile von Wasserstoffsuperoxyd und Wasser setzte, verminderte sich der Jod-Niederschlag sehr, aber die Granula waren so deutlich wie vorher.

Figur 1 stellt einen Teil eines Schrägschnittes des Clavus, nach obiger Methode gefärbt, dar, und zeigt die Granula in ihrer Beziehung zu den Hornzellen. Diese Granula schienen die Konturen der Zellen, aus denen die verhornten Lamellen bestanden, wiederzugeben; sie schienen nicht in allen Zellen vorhanden zu sein, sondern waren hauptsächlich an diejenigen geknüpft, die dunkler gefärbt waren. Wenn eine dunkel gefärbte Zelle an eine heller gefärbte anstieſs, so schienen die Granula zu der dunkleren Zelle zu gehören, doch erstreckten sie sich in vielen Fällen noch über einen Teil der benachbarten helleren Zelle. In zahlreichen Fällen erstreckten sich die Granula über die Zellen hinaus, doch sie waren dann so angeordnet, daſs sie klar ihre Zugehörigkeit zu einzelnen bestimmten Zellen zeigten. Sie schienen nicht alle in einer Fläche zu liegen, was beim Auf- und Abstellen der Mikrometerschraube sich deutlich zeigte, denn in einem Augenblick waren nur wenige Granula im Scheitel der Zelle zu sehen, während einen Augenblick später die im Äquator gelegenen allein zur Einstellung gelangten. In verschiedenen Schnitten, in denen die Zellen horizontal geschnitten waren, wurde eine feine Granular-Punktierung zwischen den angrenzenden Zellen sichtbar und diese Punkte zeigten eine auffallende Ähnlichkeit mit geschrumpften Stacheln. Die Granula waren offenbar nicht alle von derselben Form. Die im

Scheitel erschienen runder, während die im Aquator gelegenen die Form feiner punktierter Körperchen zeigten. Ich konnte nicht zwischen gefärbten und farblosen Granula unterscheiden, wie es ERNST gethan hat, doch ich bin sicher, daſs sie stets stark lichtbrechend waren. Gegen das Stratum lucidum zu, wo die Kerne noch als kleine geschrumpfte Massen persistierten, die in Hohlräumen lagen, in welchen durch Osmiumsäure Fetttropfen entdeckt werden konnten, war es möglich, sobald der Kern zur Einstellung gebracht wurde, ein intracelluläres Netzwerk zu beobachten, welches sich von der Kernhöhle zum Äquator der Zelle erstreckte. Wo die Fibrillen dieses Netzwerkes einander kreuzten, waren gelegentlich feine Knötchen oder Granula sichtbar, während im Äquator zahlreiche feine Punkte und Granula vorhanden waren, welche sich über die Zelle hinaus erstreckten. Sobald indes die Oberfläche dieser Zelle eingestellt wurde, verschwand das intracelluläre Netzwerk und es zeigten sich feine, runde, dunkel gefärbte Granula. Auf ein Schreiben an Professor ERNST übersandte mir derselbe freundlichst zwei Schnitte, welche seine Granula enthielten; ein Schnitt betraf Psoriasis, und es waren im Stratum corneum zahlreiche Granula vorhanden, welche in jeder Beziehung den von mir oben beschriebenen sich ähnlich zeigten.

Ich färbte jetzt eine Zahl von Schnitten mit den verschiedenen für Keratohyalin angegebenen Färbungsmethoden, um zu entscheiden, ob die Granula mit diesen Methoden zur Darstellung gebracht werden könnten. Bei der Färbung mit Hämateïn konnte ich die Granula nicht entdecken, während das Keratohyalin in den Zellen der Körnerschicht gut gefärbt war. Als ich Hämatoxylin verwandte, die Schnitte 12 Stunden in der Farbflüssigkeit beliefs und dann mit Eisessig entfärbte, konnte ich sehr zahlreiche Keratohyalin-Körner im Stratum granulosum entdecken, aber keine ERNSTschen Granula in den Hornzellen. Die Keratohyalin-Körner sind, wie ERNST bereits beobachtet hat, weit unregelmäſsiger in Form und Gröſse als die Granula in den Hornzellen.

Wenn ich den Schnitt nach der GRAMschen Methode färbte und ihn dann 10—15 Minuten in Hämatoxylin legte, wurde der Unterschied zwischen den beiden Arten von Granula sehr evident. Mittelst dieser Färbung zeigten sich die Zellen des Stratum granulosum bräunlich-gelb und wiesen dunkelbraune unregelmäſsige Granula und Massen von Keratohyalin auf, während die verhornten Zellen violett gefärbt und besät mit feinen regelmäſsigen dunkelvioletten Granula waren. — Ich verwandte nun zunächst UNNAS polychrome Methylenblaulösung, um die Schnitte zu färben, und bediente mich einer der von RAUSCH zur Färbung macerierter Hornzellen verwandten ziemlich ähnlichen Methode, nämlich:

1. Polychrome Methylenblau-Lösung .... 2 Minuten.
2. Abspülung in leicht angesäuertem Wasser.

3. Rotes Blutlaugensalz 1% .... 1 Minute.
4. Abspülung in Wasser.
5. Alkohol, Bergamottöl, Balsam.

Bei dieser Methode bemerkte ich, daſs die Zellen, welche die Hornlamellen bildeten, nicht alle von einer Farbe waren, indem einige eine rötlich-purpurne Tinte zeigten, während andere blau waren. Figur 2 zeigt einen Teil eines so gefärbten Schrägschnittes. Die rötlich-purpurfarbenen Zellen waren alle mit feinen, dunkelpurpurnen Granula besät, die blauen Zellen mehr oder weniger frei von Körnung. Bei dieser Methode war wenig oder kein Niederschlag zu beobachten, und was hiervon zu sehen war, war so unregelmäſsig grob, daſs es keine Ähnlichkeit mit den Granula darbot. Diese Granula hatten dasselbe Aussehen und dieselbe Verteilung wie die in einem gleichen nach Gramscher Methode gefärbten Schnitt.

Wenn ich die Färbung mit Hämatoxylin, wie folgt, kombinierte — ich färbte die Schnitte zuerst nach der obigen Methode und legte sie dann für 2—3 Minuten in Hämatoxylin —, war ich im stande, die durch Kombination der Gramschen und der Hämatoxylin-Methode erlangten Resultate zu bestätigen. Die Zellen des Stratum granulosum zeigten eine bräunliche Farbe und enthielten dunkelbraune Keratohyalin-Granula, während die Hornzellen entweder purpurn oder blau waren; die ersteren waren dicht besät mit den feinen Granula.

Aus dieser ersten Reihe von Versuchen schlieſse ich:

a) Daſs die Granula, wie sie Ernst beschrieben hat, zweifellos in Beziehung zu den Hornzellen stehende Elemente sind.

b) Daſs diese Granula nicht in Verbindung mit jeder Hornzelle auftreten, denn gewisse Hornzellen, sowohl nach Gramscher als auch nach der polychromen Methylenblau-Methode gefärbt, zeigen keine Granula.

c) Daſs diese Granula auſserhalb der Zellen liegen und zwar aus folgenden Gründen:

1. sie erstrecken sich in den meisten Fällen über die Zelle hinaus,
2. sie sind in den Intercellularräumen zwischen den Zellen zu sehen,
3. sie scheinen unabhängig vom Netzwerk in der Zelle und der feinen Körnung zu sein, welche in gewissen Zellen, erzeugt durch die einander kreuzenden Netzwerkfibrillen, sichtbar ist,
4. und endlich aus der Thatsache, daſs beim Auf- und Abstellen der Mikrometerschraube die Oberfläche der Zelle in Form dieser feinen Granula genau verfolgt werden kann.

II.

Welche Beziehung haben die von Rausch beschriebenen Punkte zu den Ernstschen „Granula?"

Die nächste Reihe von Versuchen wurde mit Hilfe eines Macerationsprozesses angestellt, um die Einzelzellen für sich zu studieren.

Gleich Rausch fand ich, dafs Zellen, welche in Säuren maceriert worden waren, ihre feine Struktur besser bewahrten, als wenn Alkalien zu diesem Zweck verwandt wurden. Ich gebrauchte Essigsäure, Salicylsäure oder Wasserstoffsuperoxyd und macerierte Stücke der Planta pedis und Clavi 12—24 Stunden lang bei einer Temperatur von 40⁰ Celsius in einer oder anderen dieser Säuren, wozu ich 1% Thymol hinzufügte, um so weit als möglich die Anwesenheit von Bakterien zu verhüten, da ich gefunden hatte, dafs die Präparate ohne Zusatz antiseptischer Mittel über und über mit Kokken und Bacillen bedeckt waren. Nach 12stündiger Einlage in Säuren war es leicht, eine feine, weiche Zellmasse von der Oberfläche der Hornschicht abzukratzen. Dies geschah mittels des scharfen Randes eines Stückes Glas, um den Gebrauch von Metall bei so starken Säuren zu vermeiden.

Nachdem ich die Masse auf einem Objektträger ausgebreitet hatte, fixierte ich über der Flamme, liefs das Präparat 5—6 Minuten trocknen und zog es dann noch ungefähr zehnmal durch die Flamme. Bei der Maceration mit Salicylsäure war es bisweilen schwer, die Zellmasse auf dem Objektträger zu fixieren, doch wenn ein Tropfen Essigsäure vor dem Durchziehen des Objektträgers durch die Flamme zugesetzt wird, klebt die Zellmasse genügend, um Färbung und Abspülung zu gestatten. Zuerst färbte ich die Zellen nach Rauschs Methode mit polychromem Methylenblau und rotem Blutlaugensalz. Wenn ich die so gefärbten Zellen untersuchte, fand ich ein dem von Rausch beschriebenen sehr ähnliches Bild. Ich fand Zellen, welche alle Farbenschattierungen von Rosa durch Purpur bis zum Blau darboten und die gröfsere Zahl dieser Zellen war mit mehr oder weniger feiner Körnung bedeckt. Eine geringe Zahl blauer Zellen allein schien ganz frei von Granula zu sein und diese enthielten ein feines intracelluläres Netzwerk in derselben Farbe. Andere blaue Zellen waren indes vorhanden, die in gröfserer oder geringerer Ausdehnung mit purpurfarbener Körnung bedeckt waren.

Meine Präparate zeigten, dafs die hellrosa Zellen nicht glatt waren, wie Rausch sie beschrieben hat, sondern dafs sie mit sehr feiner Körnung von wenig dunklerer Farbe als die Zellen bedeckt waren. Rausch behauptete auch gefunden zu haben, dafs die Granula gewöhnlich von blauer Färbung waren und dafs, wenn sie eine rote Zelle bedeckten, ein purpurfarbenes Bild daraus resultierte; doch meine Präparate schienen zu zeigen,

dafs die Granula entweder rosa oder purpurrot waren und dafs, wenn sie auf einer blauen Zelle lagen, sie die Erscheinung einer ganz dunkelpurpurroten Körnung hervorbrachten. Auf den verschieden gefärbten Zellen schienen die Granula ganz bedeutend an Gröfse zu variieren; auf den rosa und leicht purpurfarbenen Zellen z. B. waren die Granula gewöhnlich fein und zahlreich, während sie auf den blauen und den dunkler purpurnen Zellen seltener und gröber sich zeigten. Auch eine Anzahl ungefärbter Zellen war zu finden, die durch die Anwesenheit zahlreicher ziemlich grober Granula sichtbar gemacht wurden, welche den Eindruck machten, als lägen sie auf einem farblosen Zellmantel.

Figur 3 zeigt eine nach dieser Methode gefärbte Zellgruppe, in welcher die verschiedenen Typen gut ausgeprägt sind. Sie zeigt die folgenden Zellen:

a) Blaue Zellen, glatt, im Innern ein Netzwerk,
b) Rosa Zellen, bedeckt mit feiner purpurfarbener Körnung,
c) Blaue Zellen, teilweise mit gröberer purpurfarbener Körnung,
d) Blaue Zellen, deren Scheitel mit feiner purpurfarbener Körnung bedeckt ist,
e) Ungefärbte Zellen, deren Äquator durch grobe purpurfarbene Körnung kenntlich wird.

Jedes der Präparate zeigte, die ganze Reihe hindurch, eine endlose Zahl verschiedener Gruppen mit Variierung in der Zellfärbung und wegen dieses Chaos verschieden gefärbter Zellen schien es mir zuerst eine fast hoffnungslose Aufgabe, eine Klassifikation derselben zu versuchen, aber nach Prüfung vieler Präparate, von denen einige überfärbt, andere überentfärbt waren, während eine kleine Anzahl die glückliche Mitte einhielt, fand ich, dafs die verschiedenen Zellen in einige Arten eingeteilt werden könnten, nach derselben Weise, die ich in Figur 3 beschrieben habe.

Eine merkwürdige Thatsache bezüglich der Zellen war die, dafs die Facetten vieler derselben durch verschiedene Schattierungen purpurfarbener Punkte gekennzeichnet wurden, und ich bemerkte auch, dafs dort, wo eine purpurfarbene Zelle über einer blauen Zelle lag, eine sehr dunkle Purpurfarbe dadurch zu stande kam.

Ich färbte jetzt in gleicher Weise macerierte Hornzellen nach der Gramschen Methode und fand, dafs ich die besten Resultate erzielte, wenn ich mit Gentiana-Violett drei Minuten und mit Jodlösung zwei Minuten färbte. Die Zellen boten alle eine violette Farbe. In Figur 4 ist eine Gruppe derselben dargestellt und man kann hier beobachten, dafs die gröfsere Zahl derselben eckige Facetten zeigt, welche durch eine dunkler violette Farbe gekennzeichnet sind und an ihrer Oberfläche mit feiner dunkelvioletter Körnung bedeckt sind, die sich über die Zelle

hinaus erstreckt, wo sie das Aussehen feiner geschrumpfter Stacheln annimmt. Dies war besonders deutlich, wo zwei oder mehr Zellen aneinander lagen und nicht durch die Maceration getrennt worden waren. Es lagen dort auch einige Zellen, welche fast farblos und mit etwas gröberer Körnung bedeckt waren, während eine kleine Anzahl derselben glatt zu sein schien; in diesen Zellen war das Netzwerk besonders deutlich. Dieses Netzwerk schien mir in allen Zellen gegenwärtig zu sein, aber es war schwer dort zu sehen, wo die Zellen dicht mit Granula bedeckt waren.

Nach dieser Methode haben wir also glatte Zellen und solche, die mit mehr oder weniger feiner Körnung bedeckt sind.

Diese Zellen scheinen in jeder Einzelheit, mit Ausnahme der Färbung, den Zellen und ihrer Körnung zu entsprechen, wie sie nach RAUSCHS Methode zur Darstellung kamen.

Die folgende vergleichende Tabelle wird dies mit einem Blick zeigen.

Polychromes Methylenblau.	GRAMS Färbung.
1. Glatte blaue Zellen mit feinem intracellulärem Netzwerk.	1. Glatte violette Zellen mit feinem intracellulärem Netzwerk.
2. Purpurrote Zellen, bedeckt mit feinen purpurnen Granula.	2. Violette Zellen, bedeckt mit feinen violetten Granula.
3. Blaue Zellen mit mehr oder weniger groben Granula.	3. Violette Zellen mit mehr oder weniger groben Granula.
4. Ungefärbte Zellen mit purpurnen Granula.	4. Ungefärbte Zellen mit violetten Granula.

Ich habe also die nach meiner Ansicht durchaus gleiche Körnung nach vier Methoden gefunden, indem ich die GRAMsche Methode nicht nur in Schnitten, wie ERNST es beschrieben hat, sondern auch an macerierten Zellen und RAUSCHS Methode sowohl an macerierten Zellen wie an Schnitten verwandte.

Auf Grund dieser Untersuchungen halte ich mich für überzeugt, daſs die sogenannten Keratingranula von ERNST identisch mit RAUSCHS „Punkten“ sind und aus den bereits angeführten Gründen halte ich sie für auſserhalb der Zelle liegend.

III.

Sind diese Granula durch Färbungsmethoden erzeugte Kunstprodukte?

Aus folgenden Gründen bin ich sicher, daſs die Granula keine Kunstprodukte sind:

1. Die Methoden, welche ich mit beiden Farbflüssigkeiten eingeschlagen habe, waren verhältnismäſsig frei von Niederschlägen und nur bevor ich Eisessig oder Wasserstoffsuperoxyd hinzugefügt hatte, erhielt ich sternförmige Krümel von gleichem Niederschlag, wie sie KROMAYER als Pro-

dukte der GRAMschen Methode beschrieben hat. In den verschiedenen Schnitten erhielt ich, falls ich nicht Sorge getragen hatte, die Reagentien zu filtrieren, und nicht zu der Macerationslösung Thymol hinzufügt hatte, ein ähnliches Resultat, wie es in Figur 5 wiedergegeben ist, wo das Präparat mit einem groben Niederschlag bedeckt und die Zellen mehr oder weniger von Mikroorganismen umgeben sind. Dieses Präparat ist instruktiv, weil die Körnung in vieler Hinsicht eine große Ähnlichkeit mit Kokken und Bacillen hat, aber hier ist der Unterschied sehr deutlich.

2. Wo ein Niederschlag im Präparat besteht, wird er über die ganze Ebene des Präparates verteilt gefunden und nicht so gruppiert, wie wenn er Einzelzellen zugehörte.

3. Es ist unwahrscheinlich, daſs Jod resp. Blutlaugensalz ganz gleich geformte und gruppierte Niederschläge erzeugt haben sollten, wenn auch (wie es im Fall gröberer Körnung möglich ist) der Niederschlag sich um runde, regelmäſsig verteilte Punkte angehäuft hat.

4. Obwohl angrenzende Zellen jede einzeln feine Körnung darbieten können, sind die Granula einer Zelle sehr oft von verschiedener Gröſse gegenüber den Granula einer benachbarten.

5. Wenn ich Gewebe nach der GRAMschen Methode färbte, wie Bindegewebszellen, Kollagen und elastisches Gewebe, konnte ich nur mit Mühe irgend welchen Niederschlag mit der Jod-Eisessiglösung erzeugen und in keinem Falle hatte der vorhandene Niederschlag die geringste Ähnlichkeit mit der Körnung in den Zellen, obwohl KROMAYER zu entgegengesetzten Resultaten gelangt ist.

Aus diesen Gründen bin ich sicher, daſs die ERNSTschen „Keratingranula" und die RAUSCHschen „Punkte" keine Kunstprodukte sind, sondern einen zweifellosen Zusammenhang mit der Oberfläche der Hornzellen besitzen.

IV.

Was sind die Granula?

Die letzte und vielleicht wichtigste Frage ist natürlich: Was sind die Granula?

Wenn sie weder einfache Färbungsprodukte sind, noch „Keratingranula" innerhalb der Zellen, was sind sie denn?

Bei genauer Untersuchung der Hornzellen nach der Färbung finden wir, daſs die Granula in der Form variieren, je nachdem sie im Scheitel der Zelle oder im Äquator derselben gelegen sind. Wenn man auf die Zelle herabsieht, erscheinen die Granula in der Mitte der Oberfläche rund an Form, gegen den Äquator zu zeigen sie ein etwas dreieckiges Aussehen, während sie im Äquator selbst feinen, kurzen, punktierten Fort-

sätzen gleichen. Eine der besten Methoden, diese Erscheinung zur Darstellung zu bringen, ist die, die macerierten Zellen auf dem Objektträger mit Safranin zu färben und mit einer 1% Lösung von rotem Blutlaugensalz zu fixieren. Auf diese Weise sind die zarten Fortsätze am Äquator der Zelle orange gefärbt, während an der Oberfläche der Zelle die Granula wie feine, runde, orangefarbene Flecke erscheinen. Wenn wir Schnitte von Carcinom und spitzen Kondylomen mit polychromer Methylenblau-Lösung färben, erhalten wir Präparate, an denen Stachelzellen schön studiert und in demselben Schnitt mit Hornzellen verglichen werden können. Wir finden, daſs an der Oberfläche der Stachelzellen zahlreiche feine, purpurfarbene Flecke vorhanden sind, die, obwohl etwas feiner, den Flecken auf der Oberfläche der Hornzellen sehr ähnlich sind. Die Flecke auf den Stachelzellen sind Stacheln in Relief. Im Äquator und zwischen den Zellen erscheinen die Stacheln als feine purpurfarbene Fortsätze, länger und zarter als die Fortsätze, welche ich im Äquator der Hornzellen beschrieben habe.

Wenn gleiche Schnitte mit Gentiana-Alaun und Jod-Lösung gefärbt werden, zeigen die violetten Stacheln dieselbe Übereinstimmung mit den Flecken und feinen Fortsätzen, die wir an macerierten, nach GRAMscher Methode gefärbten Hornzellen sahen. Ich macerierte alsdann Stachelzellen, um sie leichter mit den macerierten Hornzellen vergleichen zu können. Ich fand, daſs dies eine etwas schwierige Aufgabe war, da selbst sehr schwache Säuren und Alkalien die Zellen lädierten und die Stacheln zum Verschwinden brachten. Indessen, nachdem ich ein Stück eines spitzen Kondyloms in Alkohol gehärtet und dann in einer 50% Alkohol-Lösung maceriert hatte, war ich im stande, von der Schnittseite des Gewebes eine Anzahl mehr oder weniger getrennter Stachelzellen abzukratzen. Diese gaben nach der Färbung mit polychromer Methylenblau-Lösung ein den ebenso gefärbten Hornzellen durchaus ähnliches Bild, ausgenommen, daſs in ersteren der Kern gewöhnlich deutlich sichtbar und die Zellen von regelmäſsiger Form waren.

Figur 6 zeigt Teile dünner Querschnitte von der Planta pedis, die der Verdauungsmethode unterworfen wurden und mit polychromer Methylenblau-Lösung gefärbt sind. Diese Schnitte wurden mit einem Gefrier-Mikrotom geschnitten und 12 Stunden bei einer Temperatur von ca. 40° Celsius in folgender Pepsin-Lösung der Verdauung ausgesetzt: Pepsin 5, Salzsäure 1, Wasser 100.

Bei schwacher Vergröſserung zeigten solche Schnitte ein feines purpurfarbenes Maschenwerk, welches ziemlich gut mit einer Honigscheibe zu vergleichen war und hier und dort ein paar purpurfarbene und blaue Zellen aufwies. Dieses Maschenwerk schien aus den äuſseren Teilen der Zellen zu bestehen, welche bei der Verdauung nicht verschwunden

waren, während das übrige der Zelle nicht weiter sichtbar war. In einigen Fällen waren indessen die Zellen nicht verdaut und zeigten eine purpurne oder blaue Färbung. Bei der Untersuchung dieses purpurfarbenen Maschenwerks bei starker Vergröfserung zeigte sich deutlich, dafs es aus kurzen geschrumpften Fortsätzen und feinen Punkten bestand und in einigen Fällen Stellen aufwies, die der Überrest einer Zellwand zu sein schienen. Auf der Oberfläche der verdauten Zellen erschienen hier feine purpurfarbene Flecke gleich denen in den macerierten Zellen; diese waren gleichfalls über die purpurfarbenen Zellen ausgebreitet, während sie an den blau gefärbten Zellen entweder in geringer Zahl vorhanden waren oder ganz fehlten, ausgenommen an und nahe dem Äquator. Auf einigen der verdauten Zellen lagen gröbere gekörnt aussehende Körperchen mit wenigen feinen purpurfarbenen Flecken dazwischen. In Schnitten, welche 10—14 Tage lang in der Pepsinlösung der Verdauung unterworfen waren, verschwanden die gefärbten Zellen sämtlich und das Maschenwerk zeigte deutlicher als vorher, dafs es aus feinen purpurfarbenen Flecken und Fortsätzen bestand. Diese Flecken zeigten sich auch über den hellen Räumen, welche die zurückbleibenden Zellwände aufwiesen.

Diese Versuche bestätigten genau die Resultate, zu welchen Unna bei seinen Arbeiten über die Verdauung der Hornzellen gelangt ist, wo er zeigte, dafs nur der Aufsenteil der Hornzelle der Verdauung widerstand und verhornt war.

Auf Grund des Vergleichs der obigen Schnitt- und Präparationsverfahren an Hornzellen mit denen an Stachelzellen bin ich überzeugt, dafs die Flecke und Fortsätze, die an der Oberfläche der Hornzellen zu sehen waren, die persistierenden Stacheln in etwas geschrumpftem Zustande sind.

Ich werde jetzt ein Verzeichnis der hauptsächlichen Färbungsmethoden, welche die Stacheln in den Hornzellen zur Darstellung bringen, beifügen.

Dies sind die Methoden, mit denen ich den besten Erfolg erzielte, und ein Blick auf das Verzeichnis wird die Färbung angeben, welche in jedem Fall die Zellen und Stacheln darboten.

Ich habe noch ein zweites Verzeichnis hinzugefügt, nämlich derjenigen Methoden, mittelst welcher die Stacheln entweder ungefärbt blieben oder sonst nicht gut zur Darstellung gelangten. Die letzteren Methoden führe ich nur als Beispiele der verschiedenen von mir angewandten Kombinationsfärbungen an, die alle in Bezug auf die Stacheln ein negatives Resultat ergaben.

Resultate hauptsächlicher Färbungsmethoden von Schnitten des Stratum corneum und von macerierten Hornzellen.

1. Modifizierte EHRLICH-GRAMsche Methode. Gentiana-Violett.	Gentiana-Violett 1, Anilinöl 3, Alkohol 15, Wasser 80 } 3—5* Min. Wasser. Jod 1, Jodkalium 2, Eisessig 2, Wasserstoffsuperoxyd 150, Wasser 150 } 2 Min. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen violett mit feinem Netzwerk innen. Stacheln violett. Geringer Niederschlag.
2. Modifizierte KROMAYER-WEIGERTsche Methode. Methyl-Violett.	Koncentriertes Methylviolett 1, Anilin-Wasser 2 } 2—3 Sek. Wasser. Jod 1, Jodkalium 2, Eisessig 2, Wasserstoffsuperoxyd 150, Wasser 150 } 1 Min. Wasser. Anilin-Xylol. Xylol. Balsam.	Zellen rötlich violett mit feinem Netzwerk innen. Stacheln do. Geringer Niederschlag.
3. Gentiana-Alaun.	Gentiana-Alaun. Wasser. Jodlösung wie oben. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen bläulich rot. Stacheln do. Geringer Niederschlag.
4. Polychromes Methylenblau (UNNA) RAUSCH.	Polychromes Methylenblau 3 oder 4 mal durch die Flamme gezogen. Angesäuertes Wasser. Rotes Blutlaugensalz 1%. 1 Min. Angesäuertes Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen mit feinem intracellulärem Netzwerk. Blau mit Niederschlag um die Stacheln herum oder mit purpurfarbenen Stacheln. Purpurfarb. m. purp. Stach. Ungefärbt „ „ „
5. Safranin.	Safranin 1, Wasser 100 } 20 Min. Tannin-Wasser. Rotes Blutlaugensalz 1%. 5 Min. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen rosa mit feinem intracellulärem Netzwerk. Orange m. orangef. Stach.
6. Wasserblau. Safranin.	Wasserblau 5%. 2 Min. Leicht alkalisches Wasser. Safranin 1%. 20 Min. Tannin-Wasser. Rotes Blutlaugensalz 1%. 5 Min. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen purpurn mit feinem intracellulärem Netzwerk. Orange m. orangef. Stach.
7. Borax-Methylenblau (BOECK).	Borax-Methylenblau 30 Sek. Angesäuertes Wasser. Resorcin-Lösung in Wasser 1%. 2 Min. Angesäuertes Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	**Zellen blau mit feinem intracellulärem Netzwerk. Purpurrote Zellen mit nicht sehr deutlichen Stacheln.**
8. Goldchlorid.	Goldchlorid 1%. 30 Sek. Aussetzung im Licht. Salzlösung. Resorcin 1%. 3 Min. Salzlösung. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	**Stacheln dunkelbraun gef.** Zellen dunkelbraun. Viel Niederschlag.

*) Die erwähnten Zeiträume für die Färbung beziehen sich auf die macerierten Zellen. Die Schnitte erfordern längere Zeit für die Färbung.

Verzeichnis der verwandten Farbflüssigkeiten, mittels deren die Stacheln entweder nicht sichtbar waren oder sonst nicht gut zur Darstellung gelangten.

1. Karbol-Fuchsin.	Karbol-Fuchsin 5 Min. Wasser. Pikrinsäure 1, Wasser 100 } 2 Min. Pikrinsäure 1, Alkohol 100 } 2 Min. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Rötliche Purpurfarbe. Keine Stacheln. Niederschlag.
2. Hämatoxylinlösung (Unna).	Hämatoxylin 30 Min. Wasser. Essigsäure. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen bräunlich. Keine Stacheln. Niederschlag.
3. Hämatein.	Hämatein. 30 Min. Wasser. Kal. permanganat 1 ‰. 10 Sek. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen rötlich braun oder bläulich. Keine Stacheln. Viel Niederschlag.
4. Hämatoxylin-Eosin.	Hämatoxylin. 30 Min. Angesäuertes Wasser. Eosin. 5 Min. Wasser. Rotes Blutlaugensalz 1 %. 2 Min. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen von bräunlich roter Farbe. Schwach bräunliche Stacheln.
5. Karbol-Fuchsin, Orange (Winkler).	Karbol-Fuchsin. 10—20 Sek. Wasser Tanninlösung 33 %, Orange } 4 Min. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen rötlich orange gefärbt. Keine Stacheln zu sehen.
6. Methyl-Grün.	Methyl-Grün. 2 Min. Wasser. Rotes Blutlaugensalz 1 %. 1 Min. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen ungefärbt.
7. Thionin.	Thionin. 5 Min. Wasser. Formol. 2 Min. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen ungefärbt. Niederschlag.
8. Löfflers Blau.	Löfflers Blau. 10 Min. Wasser. Resorcinlösung 1 %. 1 Min. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen schwach blau. Keine Stacheln.
9. Borax-Karmin.	Borax-Karmin. 10 Min. Wasser. Rotes Blutlaugensalz 1 %. 1 Min. Wasser. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen ungefärbt.
10. Osmiumsäure.	Osmiumsäure 1 %. 12 Stunden. Die Zellen werden dem Bereich des Dampfes ausgesetzt. Balsam.	Zellen grünlich oder bräunlich mit feinen Fettröpfchen, wo der Kern gelegen ist. Keine Stacheln.
11. Orcein.	Orcein neutral 1, Alkohol 100 } 15 Min. Alkohol. Bergamottöl. Balsam.	Zellen schwach gefärbt, rötlich. Keine Stacheln. Niederschlag.

In dieser vorläufigen Arbeit will ich nicht die Fragen der Bedeutung der gröberen Körnung erörtern, wie sie auf gewissen Hornzellen zu sehen war, auch nicht die Bedeutung der glatten Zellen, in welchen keine Stacheln sichtbar waren, noch die der Unterschiede in der Färbung, welche die mit polychromer Methylenblaulösung und auch nach bestimmten anderen Methoden gefärbten Hornzellen darboten. Ich glaube eine Erklärung für diese Probleme zu besitzen, aber da ich mich mit dem Gegenstand noch weiter beschäftigen werde, möchte ich dieselbe für eine nachfolgende Arbeit reservieren.

Zum Schluſs glaube ich die zwei Fragen beantworten zu können, die ich in dieser Arbeit zu lösen versuchte, und zwar die erste: „Sind die Ernstschen Granula innerhalb der Hornzellen?" im negativen, die zweite Frage: „Persistieren die Stacheln in den Hornzellen?" im positiven Sinne und ich glaube endlich auch behaupten zu können, daſs anstatt der Anwesenheit von „Keratingranula" innerhalb der Zellen Keratinstacheln auf der Oberfläche der Hornzellen vorhanden sind.

(Übersetzt von Dr. A. Herz-Hamburg.)

Tafelerklärung.

Fig. 1. Schrägschnitt vom Clavus. Nach Gramscher Methode gefärbt. Leitz III. Ölimmersion $\frac{1}{12}$.

a) Violett gefärbte Hornzellen, welche feine Stachelpunkte im Relief zeigen.

b) Violett gefärbte Hornzellen, in welchen die Stachelpunkte nicht zu sehen sind.

Fig. 2. Schrägschnitt vom Clavus. Nach polychromer Methylenblau-Methode gefärbt. Leitz IV. Öl-Immersion $\frac{1}{12}$.

a) Rötlich purpurn gefärbte Hornzellen, mit dunkler gefärbten Stachelpunkten bedeckt.

b) Rosa gefärbte Hornzellen mit rötlich purpurfarbenen Stachelpunkten.

c) Blau gefärbte Hornzellen, teilweise mit purpurnen Stachelpunkten übersät.

d) Hornzellen, teils von blauer, teils purpurroter Farbe; der purpurfarbene Teil ist mit purpurnen Stachelpunkten bedeckt.

Fig. 3. Hornzellen von der Planta pedis, 12 Stunden in Wasserstoffsuperoxyd und 1% Thymol maceriert. Nach polychromer Methylenblau-Methode gefärbt. Leitz IV. Öl-Immersion $\frac{1}{12}$.

a) Blau gefärbte Zelle, welche feines intracelluläres Netzwerk und keine Stacheln zeigt.

b) Rötlich purpurn gefärbte Zelle, welche mit feinen purpurfarbenen Stachelpunkten auf der Oberfläche und mit purpurfarbenen, vom Äquator aus sich erstreckenden Stacheln bedeckt ist.

c) Blau gefärbte Zellen, teilweise mit grober dunkler Körnung und mit feinen purpurfarbenen Stachelpunkten am entgegengesetzten Ende bedeckt.

d) Blau gefärbte Zelle am unteren Ende mit rötlich purpurfarbenen Stachelpunkten und auf der Oberfläche mit feiner Körnung rings um die Stachelpunkte bedeckt.

e) Ungefärbte Zelle, durch grobe purpurfarbene Körnung gekennzeichnet.

f) Blau gefärbte Zelle mit grober purpurfarbener Körnung bedeckt.

Fig. 4. Hornzellen von der Planta pedis, 12 Stunden in Wasserstoffsuperoxyd und 1% Thymol maceriert. Nach Gramscher Methode gefärbt. Leitz IV. Öl-Immersion $\frac{1}{12}$.

a) Violett gefärbte Hornzellen, deren Facetten durch dunkleres Violett kenntlich sind, auf der Oberfläche mit violetten Stachelpunkten bedeckt.
b) Zwei derartige, nicht durch Maceration getrennte Zellen zeigen die reduzierten Stacheln zwischen sich.
c) Geschrumpfte Stacheln rings um die Hornzelle.
d) Zelle zeigt feine Stachelpunkte und gröbere Körnung.
e) Zelle ohne sichtbare Stacheln auf der Oberfläche, aber mit feinem intercellulärem Netzwerk.

Fig. 5. Hornzellen von der Planta pedis, drei Tage in Wasserstoffsuperoxyd ohne Thymol maceriert. Nach der polychromen Methylenblau-Methode ohne Filtrierung der Blutlaugensalzlösung gefärbt. Leitz IV. Öl-Immersion $\frac{1}{12}$.

a) Rötlich purpurn gefärbte Hornzelle mit purpurfarbenen Stachelpunkten bedeckt.
b) Ungefärbte Zelle mit rötlich purpurnen Stachelpunkten bedeckt.
c) Glatte blaue Zelle.
d) Grober Niederschlag, welcher über das ganze Präparat unregelmäfsig ausgebreitet und sowohl zwischen den Zellen, als über ihnen sichtbar ist.
e) Mikroorganismen an der Aufsenseite der Zellen.

Fig. 6. Querschnitt der Planta pedis, 12 Stunden in Pepsinlösung der Verdauung ausgesetzt. Nach der polychromen Methylenblau-Methode gefärbt. Leitz IV. Öl-Immersion $\frac{1}{12}$.

a) „Honigscheibe" aus den äufseren Teilen der Zellen und den Stacheln bestehend.
b) Ungefärbte Zelle, teilweise mit Stachelpunkten bedeckt.
c) Ungefärbte Zelle, welche mit grober Körnung bedeckt ist, aber nahe dem Äquator feine Stacheln trägt.
d) Purpurn gefärbte Zelle, deren Oberfläche mit Stacheln bedeckt ist.
e) Zellen mit Stacheln an der Oberfläche am einen Ende und mit blau gefärbtem Protoplasma am andern Ende.

NB. Die obigen Präparate stammten meist von der Planta pedis eines Erwachsenen.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus neonatorum acutus.

Von

Dr. BERNSTEIN-Cassel.

Im folgenden will ich eine seltene Reihe von Fällen veröffentlichen, die ich bereits vor einem Jahre beobachtet habe. Die Hoffnung, eine ähnliche Beobachtung innerhalb Jahresfrist zu machen, hatte mich bisher von der Veröffentlichung zurückgehalten Meine Hoffnung hat sich indes nicht bestätigt.

Fall 1. Am 26. Juli 1897 wurde mir ein drei Wochen altes Kind in die Sprechstunde gebracht, das bereits seit 14 Tagen mit Blasen auf der Haut behaftet war.

Status praesens: Es war ein gut genährter männlicher Säugling mit einem dem Alter entsprechenden Panniculus adiposus. Die ganze Körperoberfläche war von roter Farbe. Auf dem geröteten, aber nicht infiltrierten Grunde fanden sich vereinzelte, über den ganzen Körper zerstreute, kreisrunde, linsen- bis markstückgrofse, prall gefüllte Blasen. Neben dieser verhältnismäfsig kleinen Zahl von Blasen sah man sehr zahlreiche, dicht beieinander sitzende kreisrunde, pfennig- bis markstückgrofse, bräunlich aussehende, mit dünnen, von der Unterlage abgehobenen, zum teil geplatzten Epidermishäutchen bedeckte Stellen, die offenbar eingetrocknete Blasen darstellten. Flachhand und Fufssohle waren frei. Fieber nicht vorhanden. Appetit und Allgemeinbefinden nicht gestört.

Bis zum 4. August war unter indifferenter Therapie (Kleienbäder und Einpudern) der Ausschlag abgeheilt und die Haut wieder abgeblafst.

Bei ihrem ersten Erscheinen am 26. Juli hatte mir die Mutter erklärt, sie habe dem Ausschlage bisher keine Bedeutung beigelegt. Nach 14tägigem Bestehen sei sie aber ängstlich geworden, weil ihr dreijähriger Junge und seit vorgestern auch ihr 7 Jahre altes Töchterchen „etwas an sich bekommen habe". Daraufhin nahm ich die ganze Familie unter Beobachtung und sah noch ein 4 Jahre altes Mädchen und die Mutter selbst erkranken. Die Art dieser Erkrankungen sollen die folgenden Krankengeschichten demonstrieren.

Fall II. Der dreijährige Junge Anton St. zeigt am 1. August 20—30 kreisrunde, pfennig- bis zweimarkstückgrofse, mit bräunlich schwarzen Krusten belegte, über den ganzen Körper verstreute Stellen. Bläschen oder Blasen sind nicht sichtbar.

Am 8. August habe ich von solchen Krusten auf Brust und Bauch 16, auf Rücken und Nacken 20, auf dem Gesäfs 8 gefunden. Die Krusten waren meist von einem schmalen roten Hof umgeben. Zwischen den auf Rücken und Nacken verteilten Krusten waren diesmal, wenn auch in geringer Anzahl, kleine mit gelblicher Flüssigkeit angefüllte, auf nicht infiltrierter und nicht geröteter Grundlage aufsitzende Blasen sichtbar. Eine bezüglich der Gröfse, Halbkugelform und Prallheit besonders schön ausgebildete Blase fand sich unterhalb der rechten Patella, mit ihren Konturen unmittelbar ins Gesunde übergehend. Eine allgemeine Körperröte bestand nicht.

Fall III. Das 7 Jahre alte Mädchen Gertrud St. zeigt am 27. Juli eine einzige, an der radialen Seite des linken Vorderarmes sitzende, zweimarkstückgrofse, kreisrunde, mit rotem Hof umgebene, schwarzbräunliche Kruste.

Am 4. August besteht dieselbe noch. Es sind aber weitere gleichgeartete Krusten und zwar am linken Ellenbogen 2, auf dem Rücken, in der rechten Achselhöhle und am linken Mundwinkel je eine sichtbar. Auf den Bauchdecken und am linken Unterschenkel sind aufserdem stecknadelkopf-, zum teil auch linsen- bis pfenniggrofse, wasserhelle, runde, ins Gesunde direkt übergehende Blasen, im ganzen etwa 8 vorhanden.

Fall IV. Die 4 Jahre alte Martha St. zeigte am 12. August je eine Kruste unter dem Knie und am Mons veneris, zwei grofse unter dem Gesäfs. Die Krusten waren nach Form, Gröfse und Umgebung den bisher geschilderten analog.

Fall V. Die Mutter Louise St. zeigt am 12. August je eine Kruste am linken Mundwinkel und am vierten Finger der linken Hand. Letztere ist in ihrem Entstehen als Blase von der Trägerin genau beobachtet worden. Mehr Efflorescenzen traten bei ihr weiterhin nicht auf.

Die Therapie bei Fall II, III und IV bestand in Kalium permanganicum-Bädern. Die vollkommene Abheilung zog sich bei ihnen mehrere Monate hin.

Im Anschlufs an diese Beobachtungen habe ich von dem Inhalt der bei Fall II unterhalb der Patella bestehenden Blase am 12. August auf der Beugeseite meines rechten Unterarmes an zwei Stellen abgeimpft. Das Resultat der Impfung war vollkommen negativ.

Gehen wir nunmehr zur Besprechung der Diagnose der beschriebenen Hautaffektionen über. Der Säugling mit seiner allgemeinen Hautröte, mit den auf nicht infiltrierter Basis aufsitzenden, prall gefüllten, halbkugeligen bis zweimarkstückgrofsen, ohne erkennbare Prädilektion der Örtlichkeit auftretenden Blasen bietet das Bild des Pemphigus acutus neonatorum. Das Freibleiben von Fufssohle und Flachhand, das Abheilen unter indifferenter Therapie, das Fehlen sonstiger Zeichen hereditärer Syphilis schliefst die syphilitische Natur des Ausschlages aus. In Betracht käme noch: Impetigo contagiosa, Urticaria bullosa und Varicellen. Bei allen drei Affektionen stehen die Blasen auf infiltriertem Grund, sind nicht so prall gefüllt und erreichen nicht die Gröfse der in unseren Fällen beschriebenen Blasen. Wir haben nicht einmal die den Varicellen eigentümliche Primärefflorescenz der linsengrofsen Papel mit stecknadelkopfgrofsen Bläschen in der Mitte, nicht einmal eine blofse Quaddel wie bei Urticaria bullosa und nie die der Impetigo eigentümliche Lokalisation angetroffen.

Womit haben wir es bei den Blaseneruptionen der übrigen Patienten zu thun?

Impetigo contagiosa, Varicellen und Urticaria bullosa müssen aus denselben Gründen zurückgewiesen werden wie bei Fall I. Dagegen haben wir überall, wo wir frische Efflorescenzen zu beobachten Gelegenheit hatten — und sie war zum Glück reichlich vorhanden —, alle Eigenschaften der Pemphigusblase vorgefunden. Und es bleibt uns bei der gleichzeitigen

Erkrankung des Säuglings und der Erwachsenen nichts anderes übrig, als auch für die letzteren Fälle von Pemphigus das Contagium des Säuglings-Pemphigus in ätiologischer Beziehung verantwortlich zu machen. Die vorliegenden Fälle müssen als ein nicht häufig vorkommendes Beispiel von Übertragung des Säuglingspemphigus auf Erwachsene betrachtet werden, wenn sich auch das Krankheitsbild der letzteren nicht vollständig mit dem des Pemphigus acutus neonatorum deckt. Die Verschiedenheiten bestehen erstens in dem Mangel der allgemeinen Körperröte, in der geringeren Anzahl der Efflorescenzen, in der dickeren Krustenbildung und schliefslich noch in der längeren Ablaufsdauer der ganzen Affektion.

Die Schilderung der Krankengeschichten und die Erörterung der Diagnose ist deswegen so weitläufig geworden, weil damit die Einwände derjenigen, die die in obigen Fällen liegende Beweiskraft für die Kontagiosität des Pemphigus acutus neonatorum und die Übertragungsmöglichkeit auf Erwachsene durch Anfechtung der Diagnose leugnen, abgethan werden sollen. Der negative Erfolg der stattgehabten Impfung spricht nicht gegen die Kontagiosität des Blaseninhaltes, sondern beweist nur, dafs uns die Bedingungen für die Haftung des Contagiums noch nicht genügend bekannt sind.

Aus der Praxis.

Sapo cutifricius.

Von

P. G. Unna.

Die Einführung der Schleifmittel in der Dermatologie ist stufenweise durch die Bemühungen verschiedener Ärzte erfolgt. Volkmann erfand den scharfen Löffel zunächst nur für die Enukleation der Lupusherde, eine wahre „Excoriation“. Auspitz empfahl sodann dieses bewährte Instrument zur Abschabung von Hornschichtprodukten und zu dicker Hornschicht, insbesondere auch bei Akne. Ellinger entwand dann diese neue Methode der mechanischen „Exfoliation“ der Hand des Arztes, indem er als Schleifmittel einen feinen, scharfeckigen Gebirgssand empfahl, der schon in manchen Gegenden Deutschlands vom Volke benutzt wurde und vom Patienten selbst angewandt werden konnte. Dies hatte den Vorteil, den die häufige Anwendung eines milden Mittels so oft vor der seltenen eines scharfen voraus hat. Ich machte aus dem Volksmittel wieder ein

feiner regulierbares und dosierbares Arzneimittel für den Arzt und Apotheker durch Einführung des ersten „Pulvis cutifricius“.[1] Derselbe bestand aus feingestoſsenem Marmor, der in zwei Sorten von verschiedenem Korn vorrätig gehalten wurde und in Seifenschaum suspendiert zur Anwendung kam.

Eine Verbesserung dieser bei Akne und Narben sehr wirksamen Methode von anderer Seite ist mir in den verflossenen 17 Jahren nicht bekannt geworden. Es lohnt sich daher wohl, die Modifikationen und Erfahrungen kurz zusammenzufassen, die ich seither selbst zu machen Gelegenheit hatte.

Die Seife als Hülfsmittel habe ich stets beibehalten. Sie wirkt bei Anwendung des Schleifpulvers in derselben Weise Druck und Kraft ausgleichend, verteilend und daher mildernd wie das Öl beim Schleifstein und der Seifenschaum beim Rasiermesser. Aber in der Form nahm ich mannigfache Veränderungen vor. Nach meiner ursprünglichen Vorschrift wurde ein feiner Schwamm mit Seife eingeschäumt, in das Schleifpulver getaucht und auf der nassen Haut verrieben. Es lag nahe, das Pulver mit der Seife zu einem fertigen Medikament zu vereinigen und so brauchte ich längere Zeit hindurch ein Schleifpulver, welches aus gleichen Teilen Marmor- oder Bimsteinstaub und pulverisierter Natronseife zusammengesetzt war. Aber diese Form erwies sich als nicht sehr praktisch, da die Entwickelung des Seifenschaumes keine genügend starke war. Ich ging dann zur sogenannten Rasierseife über, worunter man technisch ziemlich stark schäumende Seifen versteht, deren Schaum besonders lange Zeit sich als solcher erhält. Diese Seifen werden mit einer aus Kali (20 %) und Natron (80 %) gemischten Lauge und gewöhnlich aus einer Fettmasse hergestellt, die aus 90 % Talg und 10 % Kokosöl besteht; die Zusätze von Kali und Kokosöl bewirken das raschere Schäumen und die längere Persistenz des Schaumes. Während ich für die eigentlichen medizinischen Seifen das Kokosöl durchaus vermeide, da es die Haut reizt und empfindlich macht, erschien es mir als Zusatz zu einem Schleifmittel zulässig. Weitere Versuche in der Richtung, den Schaum solcher Seifen noch haltbarer zu machen, die sich besonders auf Zucker, Gelatine- und Gummiarten bezogen, zeigten, daſs bereits ein Zusatz von 10 % Mucilago Gummi arabici zur Persistenz des Schaumes erheblich beizutragen vermag, daſs aber ein ebenso starker Zusatz von Gelanth allen anderen schaumerhaltenden Beigaben überlegen ist.

In solcher Weise hergestellte und mit 40—50 % Schleifpulver versehene Seifen entsprachen in der Praxis allen Anforderungen, nur hielten

---

[1] Unna, Über Behandlung von Narben. *Mitt. d. Vereins schleswig-holst. Ärzte.* 1881.

sie sich nicht gut, indem sie vermöge des grofsen pulverigen Zusatzes allzurasch eintrockneten und sich dann auf der Haut nicht mehr mit der erforderlichen Leichtigkeit verteilen liefsen.

Ich ging nach diesen Erfahrungen schliefslich zu den reinen Kaliseifen über, welche wenigstens diesen letzteren Nachteil nicht zeigen und selbst bis zu gleichen Teilen mit dem Schleifpulver vermischt weich bleiben. Den allzustarken Einflufs dieser Schmierseifen auf die Oberhaut kann man, wie ich schon vor langer Zeit gezeigt habe, durch einen Zusatz von unverseiftem Fett mildern und die geringe dadurch erzeugte Herabsetzung des Schaumvermögens läfst sich durch einen Zusatz von Gelanth wieder aufheben.

Unter den in dieser Richtung versuchten überfetteten Kaliseifen erwies sich nun schliefslich die 1886 von mir[1] unter dem Namen Sapo kalinus unguinosus oder kurz Sapo unguinosus eingeführte überfettete Kali-Schmalz-Seife als die beste und so bin ich denn schliefslich bei der sehr einfachen Formel:

℞	*Sapon. unguinosi*	40
	Cremoris gelanthi	10
	Pulveris pumicis	50
Mf.	Sapo cutifricius	

stehen geblieben. Man verordnet dieselbe zweckmäfsig in Tuben und etwas parfümiert (mit Ol. resedae, Ol. verben.). Sie bleibt weich, läfst sich leicht auf der Haut verteilen und giebt einen dichten, lange stehenden Schaum.

Natürlich stellt die überfettete Kaliseife mit 10% Gelanth für sich eine vorzügliche kokosölfreie Rasierseife dar.

Schliefslich noch ein Wort über den Namen: Schleifmittel. In der angeführten kleinen Arbeit aus dem Jahre 1881 schlug ich für diese Mittel den Ausdruck: Poliermittel vor, der sich auch lange Zeit hindurch in meiner Praxis für dieselben eingebürgert hatte. Später erst habe ich eingesehen, dafs diese Bezeichnung nicht ganz richtig war. Wir „schleifen“ Gegenstände, z. B. Messer, um ihnen eine gleichmäfsige, geometrisch einfachere Form zu geben; dabei werden die vorhandenen Unebenheiten durch Reiben mit einem härteren Körper beseitigt. Auch das Polieren geschieht, um den Gegenständen Glätte und sodann Glanz zu verleihen, und auch dabei müssen vorhandene Unebenheiten beseitigt werden. Aber ein jeder weifs, dafs hierzu nicht ein härterer Schleifkörper, sondern ein weicher Lappen und eine Harzlösung nötig ist. Daher kann der Prozefs in beiden Fällen auch nicht derselbe sein und demgemäfs hat die neuere Forschung denn auch herausgebracht, dafs beim Polieren kein Fortreifsen

[1] Unna, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886. Bd. V, No. 8.

der Unebenheiten stattfindet, sondern eine Niederlegung derselben, indem die ganze Oberfläche des Gegenstandes durch eine Art von Schweifsung in eine härtere und homogene Rinde verwandelt wird. In gröfstem Mafsstabe findet dieser Prozefs bei vielgebrauchten Eisenbahnschienen statt, wo nur der Druck und die Geschwindigkeit des darüber hingleitenden Zuges zur Wirkung gelangt und von einem „Schleifen“ ja nur während des Bremsaktes die Rede sein könnte.

Wir sehen hieraus, dafs ein „Polieren“ der Oberhaut streng genommen nur ungemein selten vorkommen kann und bei der Akne und Narben das erwünschte Ziel überhaupt nicht herbeiführen könnte. Ein Polieren im eigentlichen Wortsinn existiert bei der Haut wohl nur an Stelle der gutartigen Schwielen, die bei Abhärtung der Fufssohlen und Handflächen bei Fufsgängern und gewissen Handarbeitern entstehen und ebenfalls mit Bildung einer geschweifsten, härteren, oberflächlichen Rinde einhergehen. Für unsere oben betrachteten Mittel aber müssen wir das gute, deutsche Wort: Schleifmittel anwenden, wenn es auch bisher nicht viel in Gebrauch war und daher zunächst etwas fremdartig klingt.

Feuilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Quintus Serenus Samonicus.

Von

Dr. Moritz Cohn.

Bei der Durchforschung des Hippokrates und Celsus hatte ich mehrfach Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dafs das Naturheilverfahren und andere schöne Dinge der modernen Medizin bereits im Altertum an der Tagesordnung waren. Ferner hielt es Hippokrates oft genug für nötig, auf das Verhalten der Ärzte zu einander hinzuweisen; doch scheint es zu seiner Zeit noch keine Kurpfuscher gegeben zu haben. Dafs diese Mifsgeburt unserer Disziplin jedoch keine Tochter der modernen Medizin allein ist, zeigt uns der nunmehr zu besprechende und in früheren Jahrhunderten leider viel zu sehr gewürdigte Quintus Serenus Samonicus. Er ist der richtige kurpfuschende Laie, dem es nur auf den Namen der Medikamente ankommt, damit er sie einnehmen oder auf irgend eine

kranke Stelle als Salbe auflegen kann. Wie man die Krankheit erkennt, welche Prognose sie giebt, was möglichenfalls aufser „Apotheke" noch in Frage kommt, das kümmert ihn nicht.

Wenn wir wissen wollen, wann er gelebt hat, sind wir auf einige Angaben, die sich hier und da zerstreut in der Geschichtslitteratur des Altertums finden, angewiesen. Zunächst mag hier kurz nachgeholt werden, was ich wohl als bekannt voraussetzen durfte, dafs Hippokrates wahrscheinlich 460 geboren und 377 vor Christus gestorben ist, während Celsus sein Werk in der ersten Hälfte des ersten Jahrhunderts nach gewöhnlicher Zeitrechnung schrieb. Während Serenus die Werke dieser Männer vielleicht gar nicht gekannt hat, finden sich bei ihm fast nur Anklänge und Auszüge aus Dioskurides, Plinius und Galenus. Dioskurides ist ein Zeitgenosse des Celsus, doch scheint zwischen beiden keine weitere Berührung stattgefunden zu haben, als dafs sie die älteren griechischen Schriften benutzten. Nach der Ansicht von Ackermann entlehnte Serenus seine Medizin aus dem jüngeren Plinius, wogegen sich allerdings einwenden liefs, dafs der ältere Plinius, ein Oheim des eben Genannten, der geistig und naturwissenschaftlich bedeutendere war. Dieser lebte von 23 bis 79, in welchem Jahre er beim Ausbruch des Vesuvs ums Leben kam, während sein damals 18jähriger Neffe etwa 114 starb. Am meisten schöpfte Serenus wohl aus dem durch die ungeheure Masse der von ihm verfafsten Werke bekannten Galenus, welcher von 131 bis 200 lebte. Dazu kam, dafs er ein Zeitgenosse des letzteren war. Wahrscheinlich stand er beim Tode des Galenus in der Blüte seines Lebens. Immerhin ist dieses nicht sicher, da von den Zeitgenossen zwei „Serenus", Vater und Sohn, erwähnt werden. Einer von ihnen wurde auf Befehl des Kaisers Caracalla ermordet, weil er zu der Partei des Geta hielt. Der letztere, ein leiblicher Bruder des Monarchen, wurde von diesem in den Armen der Mutter ermordet. Jedenfalls kommen wir der Wirklichkeit am nächsten, wenn wir das Entstehen des Serenusschen Gedichtes in der ersten Hälfte des dritten Jahrhunderts nach Christus annehmen, da die Ermordung des Geta in das Jahr 212 fällt, einerlei ob dasselbe vom Vater oder Sohn herrührt.

Sehen wir uns nun die Rezeptsammlung des Serenus etwas genauer an, so fällt uns besonders auf, dafs er nur möglichst einfache Mittel angiebt, wobei jede chirurgische Behandlung, überhaupt jede Verordnung, welche nicht aus der Apotheke geholt werden kann, vermieden wird. Während Hippokrates und Celsus ziemlich weit in der Operationslehre vorgeschritten sind, müfste man, wenn man das zweite und dritte Jahrhundert nur nach den Leistungen eines Serenus beurteilen wollte, einen starken Rückschritt annehmen. Glücklicherweise liegt die Sache nicht so und zeigt uns das Studium des Galen, dafs auch die Römer

Chirurgie getrieben haben. Ferner suchte unser Autor seine Klientel einzig und allein unter der ärmeren Bevölkerung, wofür als Beweis folgende Stellen angeführt werden mögen: Nachdem er zur Behandlung der Obstipation das Kraut des Merkurs (Rhabarber?) mit Honig und Pflaumen empfohlen, fährt er Vers 523—525 fort:

„Multos praeterea medici componere sucos
Adsuerunt: pretiosa tamen cum veneris emtum,
Falleris, frustraque immensa nomismata fundes."

Ferner sagt er in dem 22. Kapitel über Leberkrankheitenmittel Vers 396—398:

„Wozu soll ich reden über die Kompositionen eines Philo?
Wozu soll ich sprechen über die Gegenmittel, welche aus verschiedenen Medikamenten zusammengebraut werden. Der Reiche mag sie kaufen,
Wir aber wollen lieber Vorschriften bringen, nützlich für arme Leute."

(Quid referam multis composta Philonia rebus?
Quid loquar antidotum variis? dis ista requirat,
At nos pauperibus praecepta feramus amica.)

Daſs aus einem solchen Schriftsteller nicht allzu viel Weisheit für unsere Dermatologie zu schöpfen ist, ergiebt sich nun wohl ganz von selbst, besonders wenn man sich daran erinnert, daſs er seine Mittel nur aus Dioskurides, Plinius und Galen entlehnt hat. Damit der Leser sich von der Art und Weise, wie die Vorschriften entlehnt sind und wie das ganze Gedicht geschrieben ist, eine Vorstellung machen kann, lasse ich zwei aufeinander folgende Kapitel in der Übersetzung folgen:

Kapitel X (Heilung der Elephantiasis), Vers 133—146:

Die Elephantiasis ist eine Krankheit, schrecklich wie ihr Name,
Sie entstellt nicht nur das Gesicht durch häſsliche Papeln,
Sondern führt auch durch ihr tödliches Gift frühzeitig zum Ende.
Hiergegen hilft der Saft aus der Rinde der Cedern,
Und die Asche des Wiesels, gemischt mit seinem Blut.
Einige behaupten, Molkentrinken nütze.
Es hilft auch das Trinken und Auflegen von Pfefferminze.
Nicht vergeblich mischt man Zwiebel, Schwefel und Essig,
Wenn man das schauderhafte Gesicht wiederherstellen will.
Auſserdem muſs man an Honig gebundene Soda mit
Kuhmilch mischen als Einreibung für die mit Tumoren bedeckte Stirn.
Bleiweiſs und Papyrusstaude aus Ägypten
Stoſse zusammen und mische sie mit Rosenöl:
Damit bestreiche das Gesicht. So wirst Du Heilung erzielen.

Dann fährt er im nächsten Kapitel fort über die Beseitigung der Schönheitsfehler der Haut und des Gesichts zu sprechen, Vers 147—165:

Wenn häſsliche Linsenflecke das schöne Gesicht entstellen,

(Und die natürliche Heilkraft zur Beseitigung nicht ausreicht)[1]
So streiche Kohl und Essig zugleich auf das Übel.
Es nützt auch die Zwiebel in Honig verrührt,
Oder unreife Rüben mit Honig und Essig gemischt.
Sie werden auch vertilgt durch das Blut vom Maule des Hasen.
Es heilt Weidenlaub verrieben mit ihrer Blüte die Krankheit.
Die Asche der Schale des Tintenfisches hilft gegen alles.
Mischst Du erst Schwanenfett mit gutem Wein,
So wirst Du schnell das Übel ganz aus dem fleckigen Gesicht vertreiben.
Wenn ein bläulicher Naevus oder eine dunkle Narbe dasselbe verunziert,
So reinige die Wangen mit flüssiger Seife und
Glätte die Furchen und Runzeln mit der Frucht des Mastixbaums.
Wenn es sich dagegen um Impetigo handelt,
Kannst Du es heilen mit dem morgendlichen Speichel,
Oder wenn Du morgens Platanenblätter kaust und verschluckst.
Aber auch der flüssige Kot der Kamele kann zur Asche
Verbrannt werden, mit Essig und kräftigem Weihrauch
Gemischt, wird er eine göttliche Wirkung entfalten.

Ich glaube, dafs diese Proben aus dem Serenusschen Gedichte genügen werden, um eine Vorstellung von dem Ganzen zu geben. Es ist wohl kaum zu erwarten, dafs hiernach noch jemand das Bedürfnis empfinden wird, die gesamten 1115 Verse durchzulesen, jedenfalls wird er dasselbe besser und mit mehr Verständnis für die Heilkunde bei anderen medizinischen Schriftstellern des Altertums finden. Höchstens hätte derselbe ein weitergehendes Interesse für denjenigen, welcher sich rasch über recht viele Stoffe unterrichten will, die in den ersten Jahrhunderten nach Christus als Heilmittel Verwendung fanden. Wenn ich trotzdem den Serenus nicht ganz ohne Befriedigung durchgelesen habe, so besteht dieselbe darin, dafs ich dabei gesehen habe, wie viel weiter der um über 600 Jahre ältere Hippokrates im Erkennen der Krankheiten, ihrer Ursachen und der Wirkung der Arzneien und der diesen gleichgestellten Faktoren vorgeschritten war. Mag dieses der Neuzeit eine Warnung sein, in dem Hasten und Suchen nach Arzneistoffen und spezifischem Serum das eigentliche Wesen der Krankheiten nicht zu vergessen, auf dafs nicht die Krankheit über den Kranken gestellt werde.

(Fortsetzung folgt.)

[1] Dieser Vers fehlt in einigen Handschriften. Er bleibt für den Sinn besser fort.

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1898.

Original-Bericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Vor de Tagesordnung liefert Kutner einen **Beitrag zur Frage der Kurpfuscherei.** Er stellt einen an frischer Syphilis erkrankten Mann vor. Das Ulcus durum liefs derselbe von einem hiesigen Kurpfuscher behandeln. Er ätzte den Primäraffekt mit koncentrierter Karbolsäurelösung, welche er auch zu häuslichem Gebrauch dem Patienten übergab.

Casper sprach über **therapeutische Erfahrungen über den Ureterenkatheterismus.** Nach mannigfachen Anfechtungen hat sich der Ureterenkatheterismus zu einem Verfahren durchgerungen, dessen diagnostischer Wert nicht geleugnet wird. C. führt heute drei Fälle vor, in welchen der Harnleiterkatheterismus erfolgreiche therapeutische Verwendung gefunden hat.

Fall I. Im März d. J. wurde C. zu einem 38jährigen Herrn gerufen, der seit 30 Stunden keinen Harn mehr gelassen hatte. Der Patient hatte weder Tripper noch Schanker gehabt und stammt aus gesunder Familie. Sein Vater hat an Blasensteinen gelitten und ist mehrmals wegen solcher operiert worden. Der Patient hatte niemals etwas von Steinen wahrgenommen, nur setzte sein Harn oft Gries ab. Von dem Momente ab, wo er plötzlich einen heftigen Schmerz, der vom Rücken rechts ausging und in die rechte Weiche zog, spürte, konnte er keinen Harn mehr lassen, obwohl hin und wieder etwas Drang dazu auftrat. Der Katheter entleerte keinen Harn; die Blase war leer. Nur hin und wieder machte sich ein leichtes Stechen in der Glans penis bemerkbar. Kein Erbrechen, dagegen leichte Übelkeit und völlige Appetitlosigkeit. Die Niere war wegen des starken Fettpolsters nicht palpabel, die Nierengegend auf Druck nicht empfindlich. Auch im Verlauf des Ureters liefs sich eine besonders druckempfindliche Stelle nicht nachweisen. Bei dem verhältnismäfsig guten Befinden wartete C. noch 4 Stunden ab, während welcher Zeit sehr heifse Bäder gemacht und treibende Getränke reichlich verabreicht wurden. Da aber nach Ablauf dieser Zeit noch immer keine Harnentleerung eingetreten war und die Blase des Kranken noch immer leer gefunden wurde, nahm C. den Katheterismus des r. Ureters als den der verdächtigen Seite vor. Derselbe gelang. In einer Entfernung von 5 cm vom Orificium uretericum an gerechnet stiefs der Katheter, aus welchem sich kein Harn entleerte, auf ein festes, unüberwindbares Hindernis. Man konnte deutlich erkennen, dafs der Ureter an dieser Stelle eine Vorbuchtung in die Blase machte, gleichsam als ob er von einem Körper ausgefüllt war. Der Widerstand, der sich dem Katheter darbot, war nicht der gleiche, wie man ihn bei Strikturen oder Verengerungen und Abknickungen des Ureters wahrnimmt. In diesen Fällen weicht die Blasenwand aus und buchtet sich beim Versuch, den Katheter gegen das Hindernis anzudrücken, in Gestalt des dieselbe durchsetzenden Ureters in das Blasencavum vor. Hier aber fühlte man beim Anpressen des Katheters einen festen Körper als Widerstand. Es durfte nunmehr als sicher angesehen werden, dafs die Anurie durch die Einklemmung eines Steines im rechten Ureter nahe der Blaseneinmündung veranlafst war. Die Versuche, den Stein durch den Katheter zu lockern, führten zu keinem Erfolg. C. spritzte deshalb nach dem Vorgang von Kolischer 50 g heifses, abgekochtes Öl unter Leitung des Auges mit Anwendung von starkem Druck in den Ureter. C. hatte beim Durch-

sehen durch das Cystoskop den Eindruck, als ob weniger Öl aus dem Ureter zurückfloſs, als er einspritzte. Eine halbe Stunde darauf entleerte der Kranke 200 g Flüssigkeit, welches die behufs Ausführung der Cystoskopie eingeführte Borsäurelösung war. Eine Viertelstunde darauf entleerte der Patient 200 g Harn und von da an kam die Harnentleerung tüchtig in Gang. Der Abgang eines Steines war nicht beobachtet worden, obwohl die Aufmerksamkeit des Patienten darauf gerichtet war. Acht Tage darauf teilte derselbe mit, daſs er das Gefühl habe, als ob sich beim Harnen in der Blase zuweilen etwas vorlege; er fühle ein Prickeln in der Spitze des Gliedes. C. vermochte aber weder mit der Steinsonde einen Stein zu fühlen, noch mit dem Lithotriptor einen solchen zu fassen. Nachdem sich der Kranke erholt hatte, konstatierte C. einige Tage später durch das Cystoskop einen kleinen höckrigen, etwa bohnengroſsen Stein; es gelang leicht, denselben, obwohl er recht hart war, mit dem Lithotriptor zu zerquetschen und die Trümmer auszupumpen. Der Stein ist ein Gemisch aus Oxalaten und Uraten. Seit jener Zeit ist der Kranke wohl, hat über keine Zufälle mehr zu klagen gehabt und geht seinem Berufe nach. Der Harn ist frei von Albumen und auch sonst normal.

Fall II. Im Anfang dieses Jahres behandelte C. eine Dame von 28 J., die seit 4 Jahren verheiratet ist und ein gesundes Kind hat. Nach der Entbindung habe sie an einer Blasenkrankheit, angeblich einem Blasenkatarrh, gelitten. Es seien mehrere Steine mit dem Harn abgegangen, und sie habe in der r. Nierengegend Schmerzen, die sie als kolikartig beschreibt, gehabt. Sie habe bemerkt, daſs der Harn unrein sei, einen Bodensatz ohne Blutbeimengung habe. Wegen Schmerzen in der r. Seite könne sie nicht auf dieser liegen. Sie will auch beobachtet haben, daſs diese Seite zeitweise stärker wurde, so daſs die Kleider nicht mehr paſsten. Besonders nach Bewegung oder körperlichen Anstrengungen steigern sich die Schmerzen in der rechten Flanke; immer bleibt ein Gefühl der Schwere in dieser Gegend bestehen. Der mit dem Katheter entleerte Harn ergiebt sehr trüben sauren Harn von normalem spezifischen Gewicht. Die Trübung ist durch die beträchtliche Menge von Pus bedingt, Tuberkelbacillen und rote Blutzellen werden nicht gefunden. Die Albumenmenge entspricht ungefähr dem Eitergehalt. Die Inspektion läſst auf den ersten Blick eine beträchtliche Hervorwölbung der rechten Seite erkennen. Die Palpation ergiebt mit aller Deutlichkeit einen glatten kindskopfgroſsen Tumor, der bei tiefer Inspiration herabsteigt, etwa vier Finger breit unter dem Rippenbogen und nach links zu von der Medianlinie begrenzt ist. Der Tumor ballotiert deutlich zwischen den beiden Händen des Untersuchers. Die Cystoskopie zeigt eine fast völlig gesunde Blase, man kann aber nicht mit Sicherheit erkennen, ob der aus den Ureteren ausspritzende Harn klar oder trübe ist. Der Katheterismus des r. Ureters fördert trüben sauren Harn zu Tage; derselbe enthält Pus, relativ gröſsere Mengen Albumen als der Blasenharn, keine roten Zellen, keine Tuberkelbacillen. Es entleeren sich sehr groſse Mengen Harns durch den Katheter, wie sie nur bei einem vorhandenen Sack in der Niere vorkommen. Die Blase wird von der Injektionsflüssigkeit befreit und nun durch den in die Blase eingeführten Katheter der aus der linken Niere stammende Harn aufgefangen; derselbe ist ganz klar und nach dem Filtrieren albumenfrei, so daſs das l. Nierenbecken als nicht affiziert angesehen werden darf. Nachdem bei wiederholten Untersuchungen rote Blutzellen im Harn nicht aufzufinden waren, nahm C. an, daſs diese beträchtliche Pyonephrose mit Calculose nicht kompliziert sei. Der Fall wurde mit Nierenbeckenausspülung durch den Ureterkatheter behandelt. Es wurden mehrere Male 150 g einer Arg. nitr.-Lösung von 1 : 1000 in das Nierenbecken eingespritzt. Nach wenigen Wochen ist der Harn der Blase und der r. Niere völlig klar, eiter- und eiweiſsfrei. Die Patientin ist frei von jeder Beschwerde.

Fall III. Patient, verheiratet, war niemals geschlechtskrank. Er beobachtete im Mai d. J., dafs seine r. Seite von Tag zu Tag stärker wurde. Die Schmerzen sind zeitweise so heftig, dafs er auf dieser Seite nicht liegen konnte. Er hatte mehrfache Schüttelfröste, litt an Kopfschmerzen, kam sichtlich herunter. Der Tumor wuchs, war von Kürbisgröfse und überragte den Rippenbogen handbreit nach unten und die Medianlinie nach links hin. Ein innerer Kliniker hielt den Tumor für einen Leberechinococcus und punktierte denselben, jedoch ohne Erfolg. Die Oberfläche des Tumors ist glatt und auf Druck mäfsig schmerzhaft. Der Harn des Kranken ist sauer, trübe, stark eitrig, enthält Albumen der Pusmenge entsprechend, leichter Harndrang, aber keine Schmerzhaftigkeit beim Harnen. Die Cystoskopie läfst nicht mit Sicherheit entscheiden, ob die aus den Ureteren spritzende Flüssigkeit klar oder trüb ist. C. katheterisierte deshalb den rechten Ureter: es entleert sich saurer, trüber, eitriger Harn, dessen Eiter- und Eiweifsmengen gröfser sind als die des Blasenharnes. Bei Druck auf den Tumor entleert sich die Flüssigkeit aus dem Ureterkatheter intensiver. Dieses Phänomen bewies, dafs es sich um einen pyonephrotischen Sack handelte. Es wurde auch der linke Ureter katheterisiert und völlig normaler, klarer Harn gefunden. Bei den nachfolgenden Sitzungen wurde der Sack mit 1%iger Arg. nitr.-Lösung wieder gefüllt; er fafste 300 ccm; durch Massage wurde die Flüssigkeit wieder entleert. Da sich der Zustand nach den Nierenbeckenspülungen nicht wesentlich besserte, so legte C. einen Verweilkatheter ins rechte Nierenbecken und liefs ihn daselbst 3 mal 24 Stunden, während welcher Zeit durch Massage die völlige Entleerung des Sackes befördert wurde. Wenige Tage darauf war der Blasenharn zwar noch stark eitrig, aber der Tumor war nicht mehr nachweisbar. Patient hatte Abendtemperaturen von 38 und 38,5°. Nach mehreren Nierenbeckenspülungen war der Blasenharn auffallend eitrig und schleimig, ja so eitrig wie nie zuvor. C. glaubte deshalb, es müfste sich demnach um Tuberkulose handeln, obwohl bei zahlreichen sorgfältigen Untersuchungen keine Bacillen gefunden wurden; gleichwohl besserte sich nach 5 weiteren Nierenbeckenspülungen sowohl der Blasen- als der Nierenharn. Er war völlig klar und normal. Kein Albumen. Vereinzelte Leukocyten. Die Geschwulst ist nicht mehr nachweisbar.

Casper fügt dann noch sehr interessante Bemerkungen hinzu. Was den ersten Fall, die Anuria calculosa betrifft, so liefert er leider keinen Beitrag dazu, ob die von Israel angenommene reflektorische Suppressio urinae der anderen Seite zu Recht besteht. Viele lassen sie nicht gelten und meinen, dafs nur eine Verlegung des Ureters auf beiden Seiten oder Verlegung des einen bei Fehlen oder Vernichtung der anderen Niere Anurie herbeiführen könne. Obwohl C. den linken Ureter nicht hat funktionieren sehen, ist es ihm doch wahrscheinlich, dafs eine zweite funktionierende Niere vorhanden ist und dafs sie während der Einklemmung auf der anderen Seite reflektorisch an der Secernierung gehemmt war. In therapeutischer Hinsicht hat der Fall bewiesen, dafs es möglich ist, Steineinklemmung im Ureter durch das Verfahren der Öleinspritzung zu heben. Sitzt der Stein in dem Blasenanteil des Ureters, so kann man dem Stein durch die Sectio alta beikommen. Sitzt die Einklemmung nahe der Niere, so ist die Nephrotomie indiziert; sitzt sie in dem intermediären Teil, so dürfte die Ureterolithotomie die Methode der Zukunft sein, wobei man von dem vortrefflichen Israelschen Schnitt Gebrauch macht, welcher den Ureter so schön frei legt. — Der Versuch, die Einklemmung durch den Harnleiterkatheterismus zu heben, ist nach Caspers Ansicht geboten; es handelt sich zunächst nicht darum, die Steinkrankheit, sondern die Einklemmung zu beseitigen. Das ist die lebensrettende Operation und sich auf diese zu beschränken, ist um so mehr angezeigt, als man unter den denkbar ungünstigsten Umständen operiert. Die Kranken sind der Urämie oft nahe,

Kollaps und Shock treten um so leichter ein, als die andere Niere auch Steine enthält oder gar ganz oder teilweise degeneriert ist.

Was nun die beiden Fälle von Pyonephrose betrifft, so reihen sie sich den schon früher publizierten Fällen von Pyelitis an, die durch Nierenbeckenausspülungen geheilt wurden. Casper hält es für wahrscheinlich, daſs man nur denjenigen Fällen auf die geschilderte Art beikommen kann, in denen die Eiterhöhle oder die Höhlen frei mit dem Becken kommunizieren, so daſs die desinfizierende Argentum-Lösung auch in dieselben hineinkommt. — Der zweite Fall von Pyonephrose, in welchem der Verweilkatheter angewendet wurde, giebt einen Fingerzeig dafür. Die Besserung des Harnes, der einzige Maſsstab, den wir für die Beurteilung haben, trat trotz der Spülungen anfänglich nicht ein. Erst nach derjenigen Spülung, welche von einem starken Eitererguſs gefolgt war, klärte sich der Harn allmählich. Casper nimmt an, daſs durch diese Spülung eine bisher geschlossene Eiterhöhle geöffnet und desinfiziert wurde. — Hinsichtlich der Ätiologie der Pyonephrose sind beide Fälle bemerkenswert. Im zweiten ist das beim Katheterisieren gefühlte Hindernis im Ureter, 6 cm vor dem Nierenbecken, als Ursache der Stauung anzusehen, zu welcher sich dann leicht eine Infektion hinzugesellt. Solche Hindernisse können durch Drehung, Verzerrung, Knickung, Verschiebung des Ureters entstehen. — Der erste Fall von Pyonephrose ist als ein ascendierender Prozeſs aufzufassen, welcher sich der Schwangerschaftscystitis anschloſs, die ja als ein häufiges Vorkommnis bekannt ist. Diese Art der Entstehung der Pyonephrose ist die häufigste und zwar ist es meist die blennorrhoische Cystitis, die den Prozeſs einleitet. Wenn ein direkter Zusammenhang zwischen der Sackniere und der viele Jahre zurückliegenden Blennorrhoe nicht leicht zu konstatieren ist, so kommt das daher, daſs viele Pyelitiden überhaupt nicht diagnostiziert werden, weil sie keine Symptome machen. Nur eines ist immer vorhanden: ein leicht trüber, eiterhaltiger Harn. Nur wenn man den Kather in den Ureter einführt und aus demselben Harn gewinnt, der Eiterzellen enthält, dies sichert die Diagnose Pyelitis.

C. erörtert dann die Frage, welche Mittel wir besitzen, um die Leistungsfähigkeit einer Niere festzustellen. Israel sprach die Ansicht aus, daſs man eine Nephrektomie nur vornehmen dürfe, wenn die 24stündige Harnstoffmenge mindestens die Hälfte der normalen erreiche. Die 24stündige Harnstoffmenge sagt uns aber gar nichts, da wir niemals wissen können, wie viel davon noch von der kranken Niere geliefert worden ist. Hat doch Tuffier mit Nachdruck hervorgehoben, daſs zur Aufrechterhaltung der Lebensfunktion nicht einmal e i n e ganze (gesunde) Niere nötig sei. Abgesehen davon, daſs eine Niere mit wenig übriggebliebenem Parenchym eine noch recht beträchtliche, sogar für die Erhaltung des Lebens ausreichende Arbeitsleistung aufweisen kann, bedingen eine Reihe unberechenbarer Momente, wie z. B. Fieber eine Erhöhung, Verdauungsstörungen hingegen eine Erniedrigung der Harnstoffausscheidung, Differenzen also, die unabhängig von der funktionellen Kraft und Beschaffenheit der Niere sind. — Nur wenn man den Harn jeder Niere besonders auffängt, wenn man zu wiederholten Malen feststellen kann, wie der aus der als gesund angenommenen Niere stammende Harn beschaffen ist, ob er frei von Eiter, Albumen, von Cylindern ist, oder umgekehrt, wieviel er von jedem dieser Stoffe enthält, wieviel Harnstoff, wieviel Chloride eine bestimmte Menge entnommenen Harnes hat, und diese Zahlen mit denen aus der anderen Niere unter gleichen Verhältnissen und Bedingungen gewonnenen vergleicht, nur dann wird man für die zu entscheidende Frage der Sufficienz der zweiten Niere denjenigen Grad von Sicherheit des Urteils gewinnen, der im Interesse des Kranken wünschenswert ist. Das zu leisten vermag einzig und allein der Ureterenkatheterismus. — Gelingt es nicht, die gesunde Uretermündung zu sehen, so schlägt C. vor, man soll den Ureterkatheter in das kranke Nierenbecken einführen,

aus diesem den gesamten Harn ableiten, dann müfste sich ergeben, ob aus der anderen Niere Flüssigkeit abgeschieden werde oder nicht. Es fliefst neben dem Ureterkatheter Harn in die Blase vorbei, nur wenn der Katheter im Ureter steckt; liegt aber sein Auge im Nierenbecken, so wird das letztere gerade so drainiert, wie die Harnblase durch einen in ihr befindlichen Katheter. Man kann sich leicht überzeugen, wenn man mit dem Cystoskop kontrolliert, dafs dann durch den Ureterkatheter der gesamte Eiterharn abfliefst.

J. Israel nimmt zu einer kurzen Bemerkung das Wort. Er führt aus, dafs von 5 an Pyonephrose von ihm Operierten 3 gestorben sind, eine Mortalitätsziffer, die deswegen so hoch sei, weil die Fälle für die Operation ungemein ungünstig lagen. Die von ihm beschriebene reflektorische Anurie sei keine Hypothese mehr, sondern eine Thatsache. Er habe dieselbe an einem und demselben Patienten mehrfach beobachten können.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 13./25. November 1898.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. A. Sabolotsky stellte einen Fall von **Keratosis follicularis** vor. Der betreffende 28jährige, verheiratete Patient ist Landarbeiter und will seit etwa vier Monaten die bestehenden Veränderungen der Haut wahrgenommen haben. Es handelt sich um stecknadelkopf- bis gerstenkorngrofse, symmetrisch angeordnete, den Follikeln entsprechende und im Centrum ein schwarzes Pünktchen tragende Knötchen, welche am stärksten vorhanden sind auf dem Abdomen, aber auch im übrigen mit Ausnahme des Gesichts, der Handteller und Fufssohlen, den Körper nicht verschont haben. Nach Entfernung dieser Knötchen sieht man eine trichterförmige Einsenkung, während sich mikroskopisch die Follikel erweitert und mit Hornmassen erfüllt zeigen. Die Haarbälge sind dabei nach oben gerichtet. In Bezug auf das Nervensystem zeigt Patient gar keine Veränderungen, sodafs die Ätiologie der Affektion unbekannt ist.

Diskussion. Orlow macht auf die Ähnlichkeit dieser Hautveränderungen mit denen bei Lichen pilaris aufmerksam. — Fokin findet, dafs die Lokalisation der Knötchen bei diesen beiden Krankheiten eine verschiedene ist, worauf Fiwbiski aber kein Gewicht legt. — Pospelow stimmt letzterem bei, ist auch der Ansicht, dafs beide Affektionen sehr ähnlich sind, aber sich doch voneinander klinisch wie mikroskopisch unterscheiden. Streicht man mit einem Papierstückchen über die Knötchen hinüber, so erhält man bei Keratosis follicularis einen eigentümlichen Metallklang, welcher bei Lichen pilaris fehlt; mikroskopisch greift ersterer Prozefs weiter in die Tiefe als letzterer. In Bezug auf die Ätiologie dieser Affektion spricht sich Orlow für einen tetanischen Zustand der M. arrectores pilorum infolge nervöser Einflüsse aus. Pospelow entgegnet aber, dafs diese Erklärung, so verführerisch sie ist, nicht stimmen kann, weil man auch Follikel auftreten sieht, wo keine M. arrectores pilorum vorhanden sind, wie auf den Handtellern.

2. Glawsche stellt ein 10jähriges Mädchen mit einer **keratomartigen Neubildung** auf dem linken Fufse **im Anschlufs an** einen daselbst vorhandenen **Naevus teleangiectodes** vor. Auf dem linken Fufsrücken sieht man eine weiche höckerige Geschwulst und am Fufsrande, wie auf der Fufssohle die dem Naevus teleangiectodes entsprechenden blauroten Flecke. Mikroskopisch zeichnet sich die Geschwulst durch eine Verdickung der Hornschicht und Erweiterung der Kapillaren mit kleinzelliger Infiltration in deren Umgebung aus. Infolge dieses Befundes und infolge des Fehlens von Rundzellen spricht sich G. für die genannte Diagnose und nicht für Sarkom aus.

— Fokin hält trotzdem nicht für ausgeschlossen, dafs es sich um ein Sarkom der Haut handelt.

3. Küsel stellt einen Patienten mit einem **Ulcus linguae tuberculosum** vor. An der Zungenspitze findet sich ein bohnengrofses Geschwür, dessen Ränder etwas erhaben, gerötet und derb sind. Der Geschwürsgrund ist rein und sondert nichts ab. Mikroskopisch sieht man Riesenzellen. Der betreffende Patient hat eine Spitzenaffektion mit Tuberkelbacillen im Sputum. Das Zungengeschwür ist vor einigen Monaten im Anschlufs an eine Verletzung der Zunge beim Kauen entstanden, also durch Autoinokulation.

Diskussion. Pospelow fragt, wie K. den Patienten zu behandeln gedenke? Küsel will das Geschwür auskratzen und mit Ac. lacticum nachher pinseln. Sabolotsky hat vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall beobachtet, wo das Ulcus selbst ohne Behandlung für eine zeitlang schwand. Später ist der betreffende Patient an Phthisis gestorben.

4. Küsel spricht über die **Vasogene.**

Jahresversammlung der British Medical Association,

abgehalten zu Edinburgh vom 26.—29. Juli 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* September und Oktober 1898.)

Sektion für Dermatologie.

Der Vorsitzende Allan Jamieson spricht in seiner einleitenden Ansprache über die **Anwendung von Ruhe bei der Behandlung der Hautkrankheiten.** Der Vortragende läfst eine Reihe von krankhaften Zuständen der Haut Revue passieren, bei denen an erster Stelle Ruhe geboten scheint. Unter „Ruhe“ wird nicht absolute Unthätigkeit der erkrankten Körperpartie verstanden, wie sie der Chirurg verlangt, sondern vor allem Fernhalten und Beseitigung aller Irritantien von der affizierten Hautpartie, Abschlufs gegen Luftzutritt durch Verbände; Salbenmulle, Pasten und Applikation von solchen Mitteln, die sedativ auf die Haut wirken. Es eignen sich für die Beobachtung der Ruhe besonders die entzündlichen Zustände. Vortragender erörtert im einzelnen die Behandlung einiger Hautaffektionen.

Im Anschlufs an diesen Vortrag erfolgt die Vorstellung von Krankheitsfällen, unter anderen von Skleroderma, Xeroderma pigmentosum, Parakeratosis variegata, Lupus erythematosus, Cheilitis glandularis, Angioma serpiginosum, Folliculitis decalvans und Monilethrix.

Norman Walker demonstriert 1. Einen Fall von Adenoma sebaceum, 2. Ulerythema sykosiforme, 3.—6. Favus, Dermatitis herpetiformis, totale Alopecia areata und Lupus vulgaris.

Prof. Boeck-Christiania eröffnet die Diskussion über die **Ätiologie und Pathologie des Lupus erythematosus.** Der Vortragende bemüht sich, den Zusammenhang der Affektion mit Tuberkulose zu beweisen. In einer Reihe von Fällen zeigten 55% scrophulöse Drüsen oder aus denselben resultierende Narben, 19% hatten eine interstitielle Keratitis gleichen Ursprunges. Eine Anzahl von Fällen zeigten die Übergangsform von Lupus erythematosus zum Lichen scrophulosorum. Ferner findet man in Verbindung mit dem Lupus erythematosus Affektionen, die als „Tuberculides“ bezeichnet werden, so das Granuloma innominatum (Hallopeau), die Scrophulide, Granulomata necrotica (Allen und Johnston), das Eccema scrophulosorum und besonders das Erysipelas perstans, welches letztere durch einen eigentümlichen Prozefs hervorgerufen, keine Komplikation, sondern wahrscheinlich ein integrierender Teil der

Tuberkulose ist. Eine bemerkenswerte Bestätigung der Theorie von dem Zusammenhange des Lupus erythematosus mit der Tuberkulose kann man in der Thatsache finden, dafs tuberkulöse Drüsen behandelt mit Calciumsulphid eine Reaktion zeigen, wie sie Tuberkulin hervorzurufen pflegt, und dafs ein Ausbruch von Lupus im Gesicht oder von Erysipelas perstans an den Armen besteht, so lange das Medikament in Gebrauch ist. Vortragender hat auf diese Weise bei einem Patienten zweimal künstlich Lupus erythematosus hervorgerufen. Die Bezeichnung hält er für nicht sehr glücklich.

J. C. Johnston-New York hält die Affektion für einen lokal infektiösen Prozefs für ein Granuloma, das durch Mikroorganismen von den erkrankten Punkten verursacht wird.

P. G. Unna spricht über die **Behandlung des Lupus erythematosus.** Er teilt nicht die Ansicht derjenigen, welche die tuberkulöse Natur der Affektion behaupten. (Vgl. Referat S. 45 dieses Heftes.)

H. R. Crocker giebt zwar zu, dafs die Patienten oft tuberkulös sind. Der Beweis des tuberkulösen Ursprunges mit Hülfe des Tuberkulins sei ein negativer. Die wahre Natur des Lupus erythematosus sei noch unbekannt.

C. Fox-London spricht über die **Pluralität des Ringworm-Pilzes.**

Thomas-Liverpool berichtet über **4 Fälle von extragenitaler syphilitischer Infektion infolge Tättowierens.**

M. Morris eröffnet die Diskussion über die **Natur des Ekzems** (wird an anderer Stelle referiert werden).

Unna macht einige Bemerkungen über **Impetigo** und stellt einen ausführlicheren Artikel hierüber in Aussicht. (Derselbe erscheint demnächst in dieser Zeitschrift.)

M. Dockrell berichtet **über einen inoperablen Fall von Sarcoma der Kopfhaut,** der mit Coleys Flüssigkeit behandelt worden ist. Der Fall nahm trotz der Injektionen einen letalen Verlauf. *C. Berliner-Aachen.*

---

22. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Gesellschaft,
abgehalten zu Princeton am 31. Mai und 1. Juni und zu New York am 2. Juni 1898.
(*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* September 1898.)

Der Vorsitzende J. N. Hyde-Chicago spricht in seiner Einleitungsrede über die neueren Forschungen und Entdeckungen auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten, über den Einflufs gewisser toxischer Substanzen auf die Entstehung von Hautkrankheiten, über Auto-Intoxikation, Immunisierung, Serumtherapie, über die Bestrebungen der internationalen Lepra-Konferenz, über die Frequenz gewisser Hautkrankheiten in verschiedenen Distrikten der Vereinigten Staaten etc.

J. C. White spricht über **Hydroa vacciniforme** (s. Referat in dies. Nummer, pag. 47.)

Diskussion: J. C. Johnston glaubt, dafs die Eosinophilie bei bullösen Affektionen nur wenig oder gar kein Licht in die dunkle Pathogenese derselben gebracht habe. — W. T. Corlett erinnert angesichts der vorgelegten Photographien an ihre auffallende Ähnlichkeit mit Fällen von Xeroderma pigmentosum. (N. B. Die Ähnlichkeit ist vielleicht keine ganz zufällige, wenn man mit verschiedenen Autoren annimmt, dafs gewisse Strahlen des Sonnenspektrums, so insbesondere die ultravioletten, bei der Entstehung beider Affektionen eine ätiologische Rolle spielen. Ref.)

Derselbe spricht **über einen recidivierenden, bullösen, auf gewisse Bezirke beschränkten Ausschlag, wahrscheinlich Dermatitis herpetiformis.** Die Hauptmerkmale der Affektion waren: 1. Der multiforme Charakter der Efflorescenzen, unter

denen jedoch vorwiegend kleine Blasen waren. 2. Das intensive Jucken. 3. Die engbegrenzte Lokalisation. 4. Die Recidive. 5. Vollständig freie, Monate lang andauernde Intervalle.

DUHRING glaubt nicht, dafs es sich um eine Dermatitis herpetiformis handle, bei der Schuppenbildung, wie sie im vorliegenden Falle beobachtet worden sei, nicht vorkomme. — Einige der anwesenden Mitglieder sprechen sich für, andere gegen die Diagnose Dermatitis herpetiformis aus.

T. T. C. GILCHRIST-Baltimore berichtet über **zwei Fälle von primärem Melanocarcinoma der Haut.** Der eine Fall betraf einen Neger, der zahlreiche Knoten am ganzen Körper, auch in der Leber zeigte. Trotz der ausgedehnten Verbreitung waren die Lymphdrüsen nicht vergröfsert. Im Anschlufs an die Mitteilung der Krankengeschichten erörtert der Vortragende die pathologische Anatomie der Pigmentmäler und Pigmentgeschwülste. Er stimmt mit UNNA darin überein, dafs das Pigmentmal epithelialen Ursprunges sei und dafs die auf der Basis von Pigmentmälern entstehenden bösartigen Geschwülste zweifellos Carcinome und nicht Sarkome seien. — Es entspinnt sich eine sehr lebhafte Diskussion über die Pathologie, Pathogenese und Metastasenbildung der Pigmentgeschwülste.

Die Doktoren HYDE und MONTGOMERY berichten über **44 Fälle vom sogenannten prämykotischen Stadium der Mykosis fungoides.**

F. J. SHEPHERD: **Ein eigentümlicher Fall von Granuloma des Gesichts und der Extremitäten.**

W. T. CORLETT: **Zwei Fälle von Lymphangioma circumscriptum.** Der eine Patient zeigte einen warzenartigen Ausschlag an der linken Wade. — Nicht alle Mitglieder, unter ihnen ROBINSON, stimmen hinsichtlich der Diagnose mit dem Vortragenden überein.

Allgemeine Diskussion über: **Lupus erythematosus.** Referenten sind: A. R. ROBINSON und J. C. WHITE. Ersterer behandelt die Ätiologie und Pathologie, letzterer die Therapie der Affektion. — J. A. FORDYCE spricht über Lupus erythematosus bei einem tuberkulösen Patienten und teilt kurz die Krankengeschichte von fünf weiteren Fällen mit. Vortragender neigt auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ansicht, dafs der Lupus erythematosus auf eine lokale Thrombose der vorher durch Kälte, Rosacea oder Seborrhoe erkrankten Kapillargefässe zurückzuführen sei. Die periphere Ausbreitung findet eine Erklärung in dem Weiterschreiten des Prozesses in den Kapillaren.

Die sehr lebhafte und weit ausgedehnte Diskussion dreht sich hauptsächlich um die Frage des Zusammenhanges des Lupus erythematosus mit der Tuberkulose und die im ganzen trostlose Behandlung der Krankheit. — GILCHRIST hat gute Erfolge gesehen von Applikationen reiner Karbolsäure oder starker Salicyl-Lanolinsalbe. — M. B. HUTCHINS heilte einen Fall mit 20%igem Pyrogallolpflaster. — ELLIOT verfährt sehr konservativ. Alle Methoden hat er durchprobiert, ohne eine auch nur für mehrere Fälle ganz zuverlässige anzutreffen. In einem Falle, der allerdings nur eine ganz kleine affizierte Stelle aufwies, wurde Heilung durch Kauterisation erzielt. — ALLEN hat ziemlich guten Erfolg von der Anwendung der elektrolytischen Nadel und Pyrozon gehabt. — Mehrere Mitglieder der Versammlung, wie POLLITZER, MONTGOMERY, G. T. JACKSON u. a. haben SCHÜTZ' Methode der Bepinselung der affizierten Stellen mit verdünnter Solutio Fowleri angewandt, jedoch keinen nachhaltigen Erfolg erzielt. — BRONSON empfiehlt als wirksam die Anwendung des Resorcins besser in der Form eines Firnisses, bestehend aus Tragacanth und Gelatine, als der Schälpaste. — WINFIELD glaubt mit WHITE, dafs die Krankheit in Wirklichkeit unheilbar sei. Eine Heilung habe er mit reiner Karbolsäure erzielt. Im allgemeinen halte er die milden Mittel

für zweckmäſsiger als die starken. — HYDE empfiehlt Bepinselung der afficierten Partie mit Pyoctaninblau nach vorangegangener Desinfizierung mit einer Formalinlösung. Diese Applikation soll mehrere Tage hintereinander vorgenommen werden.

H. W. STELWAGON berichtet über drei Fälle von **Urticaria pigmentosa.** — GILCHRIST bestätigt UNNAS Angabe, daſs die Efflorescenzen der Urticaria pigmentosa hauptsächlich aus Mastzellen bestehen.

J. C. JOHNSTON berichtet über eine bisher noch nicht beschriebene Hautkrankheit, eine **papulöse, persistierende Dermatose.** Die 52jährige Patientin erfreute sich einer ausgezeichneten Gesundheit, bis sie die Affektion zuerst im Gesicht, dann an Armen und Beinen bekam. Das ganze Corium ist in Mitleidenschaft gezogen unter deutlicher Verdickung der Hornschicht. Klinisch sei es ein pruriginöser, papulovesikulöser Ausschlag mit einzelnstehenden, harten Efflorescenzen. Die Affektion sollte den neurotischen Entzündungen zwischen Neuroma und Neurofibroma zugezählt werden.

STELWAGON spricht über **„Bäder-Pruritus“.** Darunter versteht er das Jucken oder Brennen, welches einzelne Personen unmittelbar nach dem Bade befällt. Es dauert 10 Minuten bis 1/2 Stunde. Am stärksten ist das Jucken gewöhnlich in den Beinen. Es tritt häufiger auf nach kalten als nach warmen Bädern. Personen mit trockener, reizbarer Haut sind am meisten für diesen Pruritus disponiert.

Den letzten Tag der Versammlung füllen Demonstrationen von Photographien, mikroskopischen Präparaten und interessanten Hautkranken aus.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 46. Heft 2. 1898.

I. Tinea imbricata (MANSON), von A. W. NIEUWENHUIS-Java. Unter den parasitären Hautkrankheiten spielt die Tinea imbricata bei der einheimischen Bevölkerung des indischen Archipels eine hervorragende Rolle. Europäer werden von ihr nur selten befallen. Die Krankheit ist charakterisiert durch eine oberflächliche Entzündung der Haut, die sich besonders durch eine starke, anfangs in Kreisen oder Ellipsen angeordnete Schilferung dokumentiert. Sie beginnt als kleines, stecknadelkopfgroſses Infiltrat, worauf sich zuweilen ein Bläschen bildet. Meistens bekommt man jedoch als erste Anzeichen schon das weitere Stadium, die Epidermislamellen zu sehen. Vom primären Infiltrate aus wuchert der Prozeſs in den oberflächlichen Hautschichten nach allen Seiten hin ort, sodaſs nach einander weitere und weitere Kreise von festhaftenden Schuppen gebildet werden. Die ganze Körperhaut mit Ausnahme der Handfläche und Fuſssohlen können von der Tinea imbricata befallen werden. Die Haare selbst bleiben, während die Kopfhaut ergriffen wird, intakt. Auffallend aber nicht regelmäſsig ist das symmetrische Auftreten der Hautkrankheit. Als Ursache der Tinea imbricata hat MANSON einen Schimmelpilz gefunden, der als ein dichtes Gewebe von Myceliumfäden in den Hautschuppen sichtbar wird, sobald man die letzeren mit verdünnter Kalilösung behandelt. Verfasser gelang es, diesen Pilz unter Anwendung der KRÁLschen Methode künstlich zu züchten. Das Verfahren, dessen sich Verfasser bediente, wird ausführlich beschrieben. Der Pilz der Tinea imbricata hat mit den Pilzarten der europäischen

Trichophyties einmal das langsame Wachstum, dann die Gestalt des Myceliums gemein Für die Entwickelung des Pilzes ist eine leicht alkalische Reaktion des Nährbodens günstiger als eine schwach saure. Inokulationsversuche, auf der Haut eines Europäers ausgeführt, hatten ein positives Resultat. — Die Krankheit verschwindet unter der Behandlung mit den meisten parasiticiden Mitteln. Bei der dünnen Epidermis der Europäer und der inländischen kleinen Kinder reicht eine tägliche Einreibung mit einer Salbe von 1 Teil Chrysarobin auf 10 Teile Lanolin hin, um in 4—5 Tagen den Ausschlag zum Schwinden zu bringen. Für die dicke Epidermis der Inländer wirkte Jodtinktur am besten. Von sehr guter Wirkung ist auch die ein- oder zweimal tägliche Bepinselung der kranken Haut mit Petroleum. Alle von Tinea imbricata genesene Personen zeigen eine Hautverfärbung an den früher erkrankt gewesenen Stellen, welche erst nach Monaten wieder verschwindet.

II. **Über Hautsarkomatose**, von Max Joseph-Berlin. Der Fall, den Verfasser Gelegenheit hatte in seiner Poliklinik zu beobachten, betrifft einen 32 jährigen, schwächlich gebauten, anämisch und angegriffen aussehenden Mann, dessen Vater vor mehreren Jahren an einem Herzleiden gestorben ist, dessen Mutter und Geschwister aber gesund sind. Das Hautleiden begann im August 1897 mit einer kleinen, auf Druck nicht schmerzhaften Hautgeschwulst in der Regio epigastrica. In den nächsten Wochen entwickelten sich weitere Geschwülste auf der Haut des Unterleibs, des Gesichts und des Nackens. Als Patient am 3. Oktober 1897 zum ersten Male in der Poliklinik sich vorstellte, zeigte er etwa 100 verschieden grofse, mit der Haut verschiebliche Knoten am ganzen Körper. Die älteste, zuerst bemerkte Geschwulst war die gröfste. Bei den kleineren Geschwülsten liefs sich die darüber befindliche Haut in Falten aufheben, während sie bei den gröfseren völlig mit den Tumoren verwachsen war und eine intensive, scharf gegen die gesunde Umgebung abgegrenzte Röte zeigte. Die Tumoren waren nicht schmerzhaft und fühlten sich von den frühesten bis zu den spätesten Stadien aufserordentlich derb, hart, ja fast steinhart an. Die Tumoren nahmen in der nächsten Zeit sowohl an Zahl wie auch an Gröfse zu. Unter Ascites und zunehmendem Marasmus starb der Patient. — Die histologische Untersuchung eines haselnufsgrofsen Tumors ergab zunächst nicht, wie man hätte erwarten sollen, eine abgegrenzte Anhäufung fremder Zellen an Stelle des autochthonen Gewebes, sondern nur eine Infiltration der Cutisspalten mit diesen Zellen. In den gröfseren und älteren Tumoren lagen die Zellen stellenweise so dicht, dafs sie sich gegenseitig abgeplattet hatten, und man vielfach lange, perlschnurähnliche Ansammlungen sah. Der Zellleib war vergröfsert und zeigte ein lockeres, schwammiges Gefüge, während der Kern eher kleiner als im normalen Zustande war. Ganz auffallend ist eine metachromatische Färbung des Protoplasmas. Dasselbe ist bei Färbung sowohl mit Thionin als mit polychromem Methylenblau rotviolett gefärbt. Verfasser denkt sich den Prozefs in der Weise, dafs der anfangs schmale Protoplasmasaum etwas stärker wird und ein mehr körniges Aussehen bekommt, dann beginnt die schwammige Auflockerung des Zellkörpers bis zu jener Degeneration, die, nach der metachromatischen Färbung zu urteilen, als eine schleimige aufzufassen ist. — Das histologische Bild in dem vorliegenden Falle zeigt mit dem gewöhnlichen der Hautsarkomatose gar keine oder nur sehr geringe Ähnlichkeit. Verfasser erörtert eingehend die Frage, welcher Klasse von Geschwülsten der vorliegende Krankheitsfall zuzurechnen sei. Neben der mucinösen Degeneration der Infiltrationszellen war eine hyaline Entartung der Bindegewebsfasern eingetreten. Möglicher Weise ist diese Degeneration schuld daran, dafs es histologisch nicht zur Bildung eines echten Tumors, sondern mehr zu einer diffusen Infiltration in die Gewebe kam. Von echten Sarkomen unterscheidet sich der Fall auch durch das Verhalten der elastischen Fasern. Dieselben sind überall inmitten der infiltrierten Partien

vollkommen erhalten. Auch Mastzellen fanden sich innerhalb des Infiltrationsgebietes, während sie nach UNNA sonst in der Umgebung der fusocellulären Sarkome fast gänzlich und innerhalb derselben vollkommen fehlen. Eine grofse Ähnlichkeit zeigt der Fall mit der Leukaemia cutis. — Die sarkoiden Tumoren der Haut, wie sie der vom Verfasser beschriebene Fall darbietet, bilden ein Krankheitsbild für sich und können von den übrigen Symptomenbildern abgegrenzt werden.

III. **Über einen Fall von Impetigo herpetiformis,** von TOMMASOLI-Palermo. Als Ergänzung zu seiner in der Festschrift für Prof. PICK publizierten Arbeit über die „Condylomatosis pemphigoides maligna“ beschreibt Verfasser einen Fall von Impetigo herpetiformis, die jener sehr verwandt ist. — Der 32jährige, frühzeitig gealterte, leidend aussehende Patient, starker Potator, zeigt in der Regio pubica, an der Innenfläche der Oberschenkel und in den Achselhöhlen kranke, unregelmäfsig begrenzte Flächen, die oberflächlichen Ulcerationen ähnlich sind. Die centralsten Partien sind trocken, von dunkelroter oder blauroter Farbe, hier und da von kleinen grauen oder dunklen Schuppen und Krusten oder auch von einigen schmutzigen und fettigen Schuppen bedeckt. Gegen die Peripherie hin wird die Röte viel lebhafter, die Trockenheit hört auf und an ihre Stelle tritt eine zähe und graue Flüssigkeit, während die grauen Krusten häufiger und dicker werden; in geringer Entfernung von der Peripherie sieht man Bläschen-Pustelchen und einige unregelmäfsige Kreissegmente von Phlyctänen, die bei genauer Besichtigung sich als durch Verschmelzung von vielen, kleinen, miliaren, weifsgelblichen, schlaffen Pustelchen entstanden erweisen. Die Hautaffektion begann vor circa 3 Wochen, nachdem der Patient schon seit Jahren an Jucken am Scrotum gelitten hatte. Aus dem Ergebnisse der Harnuntersuchung liefs sich der Schlufs ziehen, dafs der Stoffwechsel des Kranken viel langsamer als normal vor sich ging. — Die Behandlung war an erster Stelle auf Hebung des enormen Kräfteverfalles durch Tonica, schlafbringende und appetitanregende Mittel gerichtet. Äufserlich Zinkamylumstreupulver und LASSARsche Paste angewendet. Da die Hautaffektion sich wenig bessert, stellenweise sich verschlimmert, wird ein Versuch mit der BROWN-SÉQUARDschen Kur gemacht. Äufserlich leisteten Pflaster No. 28 und 29 (namentlich letzteres) von Beiersdorf Gutes, sodafs nach mancherlei Besserungen und Exacerbationen schliefslich vollständige Heilung eintrat. — Die wiederholt während der Behandlung angestellten Harnanalysen hatten ergeben, dafs die Harnmenge in 24 Stunden auf die Hälfte verringert, dafs auch die einzelnen Harnbestandteile, wie Chlorüre, Phosphate, Harnstoff auf die Hälfte reduziert, kurz der ganze Stoffwechsel um die Hälfte vermindert waren, ein Factum, das nach der Ansicht des Verfassers, für das Verständnis der Pathogenese und die Therapie der Dermatose von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit sei.

IV. **Einige Fragen bei der Behandlung der Syphilis,** von v. WATRASZEWSKI

a. Wann soll die Behandlung der Syphilis mit Quecksilber beginnen? Dem Verfasser scheint es rationell zu sein, die Behandlung der Syphilis erst nach dem Erscheinen allgemeiner Symptome zu beginnen, und zwar aus folgenden Gründen: 1. Der Charakter der allgemeinen Erscheinungen, die Zeit ihres spontanen Auftretens, die allgemeinen Störungen, die sie begleiten etc., sind alles Momente, die uns über die Natur und die Intensität der Krankheit, ihre Benignität oder Malignität in jedem einzelnen Falle aufklären und belehren und uns erlauben, eine dem Falle angemessene Kur einzuleiten. Im Gegenteil, indem wir von vornherein zu merkurialisieren anfangen, sind wir vollständig der Möglichkeit beraubt, uns von jedem einzelnen Falle Rechenschaft zu geben und sind darauf angewiesen, das Quecksilber auf ganz empirische und beliebige Weise anzuwenden. Ebenso geben die Serien der durch freie Intervalle separierten Nachschübe, die das Bild der Syphilis

bilden und charakteriseiren, resp. das Auftreten neuer spezifischer Symptome allgemeinen Charakters die beste Indikation für die Einleitung weiterer Kuren. — 2. Eine merkurielle Kur im Augenblicke des Auftretens allgemeiner Erscheinungen eingeleitet und methodisch durchgeführt, bringt dieselben in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zu raschem Schwinden und bewahrt für eine gewisse Zeit den Kranken vor neuen Symptomen. — 3. Es giebt Fälle, die allerdings nicht häufig sind, wo trotz der Existenz der Hauptsymptome, die uns berechtigen, die Diagnose eines syphilitischen Primäraffektes zu stellen, der Schanker unter dem Einflusse örtlicher Mittel vernarbt, die Induration und die Drüsenschwellung zurückgehen, und der Prozefs schliefslich als exquisit lokales Übel sein Ende erreicht. Eine präventive Kur in dergleichen Fällen eingeleitet und mit vollem Erfolge gekrönt, ohne nachfolgende Recidive bringt uns auf den falschen Schlufs zu Gunsten einer solchen Behandlungsmethode.

b. Wie lange soll die Behandlung der Syphilis dauern? Verfasser beantwortet die Frage dahin: So oft wir manifeste Symptome der Krankheit, die ihren Lauf Monate resp. Jahre lang verfolgt, vor uns liegen sehen, so viele Mal ist eine Quecksilberbehandlung indiziert. — Demnach dürfen wir uns auch mit einer einzigen Kur begnügen, nach deren Beendigung die Patienten keine neuen Erscheinungen mehr für Monate und Jahre aufzuweisen haben. — Verfasser stützt sich bei seinen Bemerkungen auf Beobachtungen, die er im Laufe von 15 Jahren gesammelt und notiert hat, und von denen die neuesten aus dem Jahre 1894 datieren, d. h. bei welchen die Infektion vor 4 Jahren stattgefunden hatte. In allen diesen Beobachtungen, die 23 der Privatpraxis angehörige Patienten betreffen, konnte Verfasser nach einer einzigen merkuriellen Kur ein vollständiges Fehlen jedes nachträglichen syphilitischen Symptoms recenter oder tardiver Natur konstatieren. 15 der Kranken heirateten oder waren schon zur Zeit der Infektion verheiratet. Ihre Frauen blieben gesund, 9 von ihnen wurden schwanger, abortierten nicht und gebaren gesunde Kinder, die auch nachträglich gesund blieben.

c. Enthält die sogenannte präventive Behandlungsmethode, langdauernd und wiederholt nach den bekannten Prinzipien, Gefahren für den Organismus und worin bestehen diese letzteren? Die Antwort lautet bejahend aus folgenden Gründen: 1. „Analog den chronischen Vergiftungen mit schweren Metallen spiegelt sich eine periodisch wiederholte und unbestimmt lange Zeit prolongierte Saturation des Organismus mit Quecksilber, mit anderen Worten, eine chronische, merkurielle systematisch unterhaltene Intoxikation, in erster Linie auf der nervösen Sphäre der betreffenden Subjekte ab. Deswegen verliert allmählich das Nervensystem unter diesem Einflusse seine vitale Kapazität und Resistenzfähigkeit und wird auf diese Art ein „Locus minoris resistentiae“. Dieser krankhafte Zustand des Nervensystems erklärt uns genügend die zahlreichen Fälle von Neurasthenie, nervöser Überreizung oder Depression etc., die sich unter diesen Umständen oft genug entwickeln. — 2. Da wir die Natur der Syphilis und ihre Neigung gerade diese „Loci minoris resistentiae“ des Organismus zu befallen, kennen, so ist es natürlich, dafs unter dem Einflusse von Faktoren, die unter gewissen Umständen die schlummernde Diathese zu wecken und neue Manifestationen hervorzurufen imstande sind, die nervöse Sphäre früher als ein anderes Gebiet den Ausgangs- und Entwicklungspunkt für anatomo-pathologische Veränderungen spezifischen Charakters bieten wird. Es wären daher Manifestationen von cerebraler und spinaler Syphilis, die wir in erster Linie unter diesen Umständen bei derart behandelten Kranken zu erwarten hätten. Vielleicht würde nun die wirklich beunruhigend steigende Frequenz der nervösen Affektionen spezifischen Charakters, die von verschiedenen Seiten signalisiert wird, auf diese Weise zu erklären sein und die Meinungen derjenigen unterstützen,

die ein System von chronisch merkurieller Intoxikation, das nach Belieben wiederholt ins Unendliche prolongiert und unterhalten wird, für gefährlich halten."

V. **Die Ergebnisse der Behandlung tuberkulöser Hautaffektionen mit Tuberkulin R.**, von Jaroslav Bukovsky-Prag. Das Material, welches den Betrachtungen des Verfassers zu Grunde liegt, stammt aus Prof. Janovskys dermatologischer Universitätsklinik und umfaſst 20 Fälle, von denen 15 Lupus der Haut und Drüsen (7 darunter mit Affektionen der Lungenspitzen oder mit Scrophulose kombiniert), 2 scrophulöse Erkrankungen der Haut, 2 Tuberculosis verrucosa cutis hatten. In einem Falle wurde die Injektion zur Feststellung der Differentialdiagnose benützt, um eine tuberkulöse Erkrankung der Haut ausschlieſsen zu können. Alle Fälle wurden vor Beginn der Injektionen einer gründlichen Untersuchung unterzogen, das Körpergewicht und die vollständige Apyrexie festgestellt. Zu den Injektionen wurde die Gegend zwischen den Schulterblättern gewählt und eine gut kalibrierte Spritze mit Asbestkolben verwendet. Die Temperatur wurde stündlich gemessen, die Lösung täglich frisch mittelst physiologischer Kochsalzlösung bereitet. Zur ersten Injektion wurde regelmäſsig 0,002 mg fester Substanz benützt. Die folgenden Injektionsdosen waren gewöhnlich eine Verdoppelung der vorhergehenden, bei stärkeren Gaben wurde vorsichtiger gestiegen. Durchschnittlich wurde jeden zweiten Tag eine Injektion gemacht, bei stärkeren Dosen in längeren Intervallen. — Das Endurteil über das Tuberkulin-R läſst sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1. Das Tuberkulin-R ist ein sehr labiles Präparat. Die zu verschiedenen Zeiten dergestellten Präparate besitzen verschiedene Intensität. Wegen leichter Verunreinigung muſs man für jeden Tag frische Lösungen bereiten. Für jeden Kranken soll man so viel als möglich das Präparat vom gleichen Datum benutzen. 2. Als erste Dosis kann man in der Mehrzahl der Fälle 0,002 mg fester Substanz verwenden, es empfiehlt sich jedoch bei einigermaſsen ausgebreiteten Formen eine noch kleinere Gabe. Bei folgenden Injektionen verdoppele man die Dosis und mache sie jeden zweiten Tag; bei höheren Gaben behutsamer und in längeren Pausen. — 3. Bedient man sich immer frischer Lösungen, so tritt an der Einstichstelle niemals Reizung oder Entzündung ein, es tritt leichte Resorption ein und vereinzelt spürt der Patient Schmerzen, jedoch ohne anatomischen Befund. — 4. Eine Gesamtreaktion stellte sich in allen Fällen ein, ihre Intensität jedoch steht in keinem Verhältnisse zur Stärke der Injektion. Die Abendtemperatur blieb andauernd erhöht. Neben dem Fieber wurden beobachtet Beschleunigung des Pulses und der Atmung, bedeutende Affektion des Nervensystems und des Verdauungstraktes, besonders war Appetitlosigkeit typisch. — 5. Bezüglich der Ernährung war bei 6 Kranken Gewichtszunahme (1 nicht tuberkulös), bei 14 Gewichtsabnahme zuweilen bis $^1/_7$ des Körpergewichts beobachtet. — 6. Im Blute wurde Vermehrung der weiſsen Blutkörperchen ohne morphologische Veränderung konstatiert (Leukocytose). — 7. Die Lokalreaktion war heftig, ähnlich der Reaktion des alten Tuberkulin. Mit der Gesamtreaktion steht die Lokalreaktion in keinem Verhältnisse. Die Formen der Lokalreaktion auf der Haut waren: a) einfache Hyperämie; b) Hyperämie, Entzündung, Zerfall der Geschwüre und Infiltrate; c) Entzündung mit pustulösem Charakter. Auf der Schleimhaut wurden die Formen a) und b) beobachtet, in den Gelenken und Drüsen: Schwellung, Schmerzhaftigkeit, vermehrter und käsiger Auswurf aus den Lungen, vermehrtes Rasselgeräusch und Schnurren. — 8. Therapeutische Wirkung: a) Über die Wirkung der Immunisierung sowohl gegen Toxine als auch gegen Bakterien kann man sich bis jetzt nicht strikte äuſsern, darüber kann nur der Mangel an Rezidiven belehren. In einem Falle trat noch im Verlaufe der Injektionstherapie Recidiv ein. Die Kontrollprüfung mit dem alten Tuberkulin fiel in 4 Fällen negativ aus, immer stellte sich sowohl allgemeine wie

örtliche Reaktion ein; b) von irgend einer Heilung kann man bloſs in 2 Fällen sprechen, in den übrigen trat bis zu einem gewissen Maſse Besserung ein; dasselbe Resultat läſst sich in unverhältnismäſsig kürzerer Zeit mit anderen Methoden erzielen. — 9. Das Tuberkulin R ist ein gutes, diagnostisches Mittel zur Unterscheidung tuberkulöser Prozesse. Im Falle 20 (nicht tuberkulös) trat, obwohl rasch gestiegen und in 7 Injektionen 20 mg erreicht wurde, nicht ein einziges Mal weder gesamte noch örtliche Reaktion ein. — Im folgenden teilt Verfasser das Resultat der histologischen Untersuchung mit, welche an einem einer Kranken mit typischer Tuberculosis verrucosa cutis excidierten Hautstücke angestellt wurde. In allen Präparaten fehlen die Erscheinungen akuter Entzündung, Absceſsbildung, gleichzeitig zeigen die Präparate aber auch keine Abnahme des tuberkulösen Infiltrates und nicht einmal Abflachung der Papillen und Schwinden jenes verrukösen Charakters.

VI. **Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers,** von E. Welander-Stockholm. (Schluſs.) Verfasser erörtert die Frage, welche Form der Einverleibung des Quecksilbers im allgemeinen die empfehlenswerteste sei. Die interne Behandlung mit Quecksilberpillen hält er für unzuverlässig und so unsicher, daſs er sich ihrer seit mehreren Jahren nur ganz ausnahmsweise bedient. Wenn hauptsächlich auf die Absorption und die Remanenz des Quecksilbers im Organismus gesehen wird, so ist keine Behandlungsmethode zweckmäſsiger als die Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze. Diesen zwar nicht ganz gleichwertig aber doch sehr nahestehend ist die endermatische Methode als Einreibung, Überstreichung oder Ausbreitung der Merkurialsalbe in einem Säckchen. Man wird sich einer dieser Methoden bedienen, wenn das Quecksilber cito et tuto wirken soll, immer jedoch unter Beobachtung des Hauptgrundsatzes, daſs der Organismus auf der anderen Seite durch übermäſsigen Gebrauch des Quecksilbers keine Schädigung erfährt. Die Injektionen haben leider den Nachteil, daſs nicht selten schmerzhafte Infiltrationen entstehen, welche zu bleibenden Veränderungen an den Injektionsstellen, besonders im Gesäſs führen und die Patienten vielfach in ihren Berufspflichten stören. Ebenso wenig wie die Injektions- ist die Inunktionsmethode eine für den Patienten angenehme. Die Behandlung mit Merkurialsalbe in einem Säckchen ist nach den Erfahrungen des Verfassers die relativ angenehmste Methode, die auch cito et tuto wirkt, weshalb er sie sowohl im Krankenhause, wie in seiner Privatpraxis fast ausschlieſslich anwendet. Mit dieser Methode wurden im Krankenhause 217, in der Privatpraxis 202 Patienten behandelt. Das therapeutische Resultat war vollkommen ebenso günstig, als Verfasser es von irgend einer anderen Behandlung hätte erwarten können. Die Vorteile der Methode erscheinen dem Verfasser so groſs und die Ungelegenheiten verhältnismäſsig so gering, daſs er nicht anders glauben kann, als daſs diese Merkurialbehandlung, bei welcher das fein zerteilte metallische Quecksilber unter geeigneten Temperaturverhältnissen und sonstigen geeigneten Bedingungen über eine groſse Fläche ausgebreitet, durch starke Verdunstung desselben wirkt, die Zukunft für sich hat.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band V, Heft 5. 1898.

I. **Beitrag zur Kenntnis des „Rhinophyma“,** von Krieger-Charlottenburg. Nach einigen Bemerkungen über das Wesen des Rhinophyms beschreibt Verfasser einen Fall, um zu zeigen, daſs derartige Geschwülste der Nase nicht immer benigner Natur sind, daſs sie vielmehr einen malignen Charakter haben können. Es handelt sich um einen 57 Jahre alten Mann mit Carcinoma oesophagi und ausgedehnten

Metastasen in der Leber. An der Nasenspitze des Patienten sitzt ein Tumor, dessen Oberfläche sehr uneben ist, leichte, knollige Hervorwölbungen und stellenweise auch Einbuchtungen zeigt. Seine Konsistenz ist derb, die Farbe infolge reichlicher Gefäfsentwickelung dunkel blaurot. Der Tumor ist gegen die Umgebung scharf begrenzt, nicht verschieblich, auf Druck nicht empfindlich. Nach den Angaben des Patienten besteht die Geschwulst seit ca. 6 Wochen und soll etwa 14 Tage später entstanden sein, als die ersten Anzeichen des Magenleidens sich gezeigt haben. Früher soll die Nase ganz normal gewesen sein. Die Frage, ob es sich im vorliegenden Falle um ein Rhinophym, Angiosarkom oder eine Metastase vom Osophaguscarcinom aus handelte, konnte erst, da eine Excision des Tumors bei Lebzeiten des Patienten nicht angängig war, nach eingetretenem Exitus letalis entschieden werden. Die mikroskopische Untersuchung stellte fest, dafs auch der Nasentumor zweifellos ein Carcinom sei, nicht von der Epidermis ausgehend, weil die Krebsnester erstens an keiner Stelle in das Stratum übergehen, zweitens die Zellen nicht den ausgesprochenen Charakter eines Cancroids darbieten. Dieses Carcinom erscheint vielmehr als eine subepidermoidal gelegene Metastase jenes Ösophaguskrebses, mit dem es sowohl morphologisch wie biologisch hinsichtlich seines Zellcharakters übereinstimmt. — Verfasser erörtert sodann die Frage, wie die Metastase an jene periphere Stelle gelangt sei. Am plausibelsten und wahrscheinlichsten scheint ihm die Annahme, dafs eine direkte Übertragung von der gleichzeitig bestehenden Lungenmetastase aus stattgefunden habe.

II. **Die Nierensyphilis,** von J. J. Karvonen-Helsingfors. Die sehr umfangreiche Arbeit, der ein aus dem pathologisch-anatomischen Institute des Prof. Homén zu Helsingfors, aus Dr. Bendas Sektionsabteilung des städtischen Krankenhauses Urban zu Berlin, aus den Sammlungen des Senckenbergschen pathologisch-anatomischen Institutes zu Frankfurt a. M. und aus der Centralanstalt für Geisteskranke zu Helsingfors stammendes Material zu Grunde gelegt ist, bringt zunächst einen historischen Überblick über die einschlägige Litteratur. Der Verfasser erörtert sodann die Diagnose der syphilitischen Nierenerkrankungen, beziehungsweise die Kriterien, welche eine Diagnose der Nierensyphilis möglich machen. Nach Mauriac sind wichtigste Vorbedingungen folgende: 1. Albuminurie und Anasarca; 2. Vorangegangene Syphilis als prädominierende Ursache der Nephritis unter möglichstem Ausschlusse anderer Ursachen; 3. Konkomitierende alte und frische syphilitische Manifestationen und besonders gleichzeitig bestehende syphilitische Erkrankung der Leber und der Milz; 4. Kurative Wirkung der spezifischen Behandlung, besonders mit Jodkalium. — Verfasser unterzieht diese Postulate Mauriacs einer kritischen Betrachtung, schliefst daran die Krankengeschichten zweier Fälle. Hierauf wird sehr eingehend unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die luetische Albuminurie besprochen, und im Anschlufs daran werden einige Krankengeschichten aus der Privatpraxis des Verfassers mitgeteilt. — Anhangsweise erfahren die paroxysmale Hämoglobinurie und der Diabetes mellitus und insipidus im Gefolge der Syphilis eine kurze Erörterung. — Im folgenden stellt der Verfasser allgemeine Betrachtungen über die Frequenz der luetischen Nierenerkrankungen an. Fortsetzung folgt.)

III. **Über die Behandlung der Hautkrankheiten mit hochgespannten Wechselströmen,** von Arthur Strauss-Barmen. (Vortrag auf der 70. Vers. dtsch. Naturf. u. Ärzte zu Düsseldorf.) Die physiologischen Ergebnisse, welche d'Arsonval mit hochgespannten Wechselströmen, und die überaus günstigen Resultate, die Oudin bei der Behandlung von Hautkrankheiten mit dieser Methode erzielte, veranlafsten den Verfasser zu einer Nachprüfung derselben. Das hierzu nötige Instrumentarium wurde ihm von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen bereitwilligst zur

Verfügung gestellt. Die Behandlung mit hochgespannten Wechselströmen erstreckte sich auf alle Fälle von Ekzem in den verschiedensten Stadien und Formen, Psoriasis von den leichtesten bis zu den schwersten Graden, Erythrasma, Pityriasis versicolor, Akne, Hyperidrosis, Ulcus cruris und Lupus. In den meisten dieser Krankheitsfälle konnte Verfasser, trotzdem die fast täglich vorgenommenen Sitzungen 5—10 Minuten dauerten, überhaupt keine günstige Einwirkung, im einzelnen sogar eine Verschlimmerung konstatieren, ein Resultat, das zu weiteren Versuchen nicht sehr aufmuntert. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band II, No. 2. (November 1898.)

Ein Fall von Leukonychia verbunden mit Koilonychia, von Leo Forchheimer. Den fünf in der Litteratur bekannten Fällen von Leukonychia reiht Verfasser einen weiteren an. Die 17jährige Patientin leidet seit ihrem 6. Lebensjahre an Nagelveränderungen, die die beiden Zeigefinger, den 4. und 5. Finger und Daumen rechterseits betreffen. Diese Nägel sind fast in ganzer Ausdehnung matter, bläulich weifser, Milchglas ähnlicher Farbe; aufserdem erscheinen sie infolge einer Verdickung und eines Aufgeworfenseins der Ränder von vorne nach hinten und von einer Seite zur andern konkav. Von sonstigen Abnormitäten ist nur eine teilweise grauweifse Verfärbung der Zähne zu finden. Die Farbe des Nagels besserte sich nach regelmäfsigem Polieren desselben mit Stanni oxydat. 90,0, Carmin. 0,1 und Umlegen von Quecksilberpflastermull, nicht aber die Formveränderung. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen enorm hohen Luftgehalt des Nagels, deren Ursache dunkel ist. Das Auftreten des Leidens in jungen Jahren legt die Vermutung nahe, dafs es sich um eine angeborene Anomalie, eine angeborene Schwäche des allgemeinen Körperintegumeuts handelt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 10.

1. **Über die Brauchbarkeit der neuen Kollmannschen Dilatations-Spülapparate in der Behandlung der chronischen Blennorrhoe,** von Hodara. Der Verfasser beschreibt an der Hand von Abbildungen die neuen Kollmannschen Apparate, die gleichzeitig Dilatation und Spülung der Urethra ermöglichen. Das für die Pars anterior bestimmte Instrument ist gerade; ein zweites Instrument hat die Krümmung einer Dittelschen Sonde und erweitert sich in seinem geraden und in seinem gekrümmten Teile, so dafs die Pars anterior und die Pars posterior gleichzeitig dilatiert und gespült werden. Diese Instrumente stellen nach Ansicht des Verfassers einen wesentlichen Fortschritt in der Behandlung der chronischen Blennorrhoe und der chronischen follikulären Prostatitis dar. Sie sind besonders vorteilhaft, wenn adhärente schleimig-eitrige Massen die Drüsenmündungen verstopfen; diese Massen werden durch die Dilatation gelockert und durch die gleichzeitige Spülung beseitigt, so dafs die nunmehr klaffenden Drüsenkanäle medikamentöser Einwirkung zugänglich sind. Das Instrument darf nur eingeführt werden, wenn keinerlei akute Erscheinungen vorhanden sind, die Einführung geschieht je nach dem Grade der durch dieselbe bewirkten Reizung in Zwischenräumen von 5—10 Tagen. Zur Spülung wird sehr warme Borsäure- oder Argentum nitricum-Lösung ($^1/_2$—1 : 1000) verwendet; durch die Wärme der Lösung werden die Schmerzen, die manchmal infolge der Dilatation auftreten, fast ganz beseitigt.

2. **Urininfiltration und Periurethritiden**, von Escat. (Heft 9 und 10.) Der Verfasser weist darauf hin, dafs die althergebrachte mechanische Theorie der Urininfiltration die mannigfaltigen periurethralen Krankheitserscheinungen nicht erklären kann. Man mufs diese Erscheinungen vielmehr als die verschiedenen Stufen einer von der Urethra ausgehenden Infektion betrachten; dann erscheinen die verschiedenen Formen der Periurethritis als einheitliches, nur in ihren einzelnen Symptomen verschiedenes Krankheitsbild. Die Urininfiltration spielt nur eine sekundäre Rolle. — Die periurethralen Infektionen sind circumscript oder diffus, akut, subakut oder chronisch, sie treten ganz plötzlich und stürmisch oder langsam und abgeschwächt auf; sie lassen sich in drei Gruppen einteilen: die sklerotische, die phlegmonöse und die gangränöse. — Die gangränöse Form kann ohne jede Eiterung zu stande kommen. Sie wird nicht durch einen spezifischen Mikroorganismus bewirkt, sondern durch verschiedenartige Bakterien, die sich in der Schleimhaut des Urogenitalapparates oder im infizierten Urin finden. Sie kann primär auftreten oder zu einer bestehenden chronischen Krankheit hinzutreten. Sie zeigt sich manchmal nur in der Schleimhaut der Urethra, manchmal auch in den Genitalien (Penis, Scrotum), ohne dafs die Eingangspforte oder der gemachte Weg festgestellt werden kann. Waren vorher schon pathologische Veränderungen in der Urethra vorhanden, so kann die Gangrän ausgedehnte Perforationen bewirken; die Folge davon ist dann Urininfiltration. Die Ansicht, dafs eine erweiterte Urethra unter dem Einflufs der Blasenkontraktionen hinter der vorhandenen Striktur zerreifst, ist falsch; die wirkliche Ursache der Perforation ist stets die Gangrän. — Die unter dem Namen Urininfiltration beschriebenen Erscheinungen sind unabhängig von jeder Perforation wie von jeder vorhergehenden Veränderung der Urethra, sowie von den Kontraktionen der Blase. Diese Erscheinungen sind in der That nichts anderes, als eine Periurethritis, die ausschliefslich durch Infektion hervorgerufen wird. Die Infektion kann ohne ersichtliche Ursache eintreten, oder sie kann einer Sondierung, einem chirurgischen Eingriff, besonders der Elektrolyse, einer Ruptur der Urethra folgen. Der durch die Infektion bewirkte periurethrale Entzündungsprozefs verursacht seinerseits oft Urinretention, Ausdehnung der Blase und Verlust der Blasenkontraktilität, so dafs häufig trotz tiefer perinealen Incision eine Dauersonde eingeführt werden mufs. Die wirkliche Urininfiltration kommt erst in zweiter Linie; sie tritt nur als Folgeerscheinung einer akuten oder chronischen Periurethritis auf; sie kann zu einer diffusen periurethralen Phlegmone hinzutreten, die am Anfang eine Pseudoinfiltration darstellt. Am häufigsten tritt eine wirkliche Urininfiltration bei der Gangrän der verengten Urethra auf. — Die unter der Bezeichnung Urininfiltration der oberen perinealen Schicht beschriebene Form ist nichts anderes als eine diffuse gangränöse Phlegmone, eine Form von Zellengewebsentzündung des Beckens. — Geht eine Infektion von dem hinter der Pars membranacea gelegenen Teile der Urethra aus, so bewirkt die folgende Periurethritis eine förmliche Lospräparierung der Urethra und befällt auch die oberflächliche perineale Schicht. Periurethrale Herde hinter der Pars membranacea und in der oberflächlichen perinealen Schicht brechen am häufigsten in das Rectum durch. — Die Therapie der Periurethritis ist natürlich eine rein chirurgische und zwar mufs möglichst frühzeitig incidiert werden. Die Operation mit dem Messer zieht der Verfasser der Anwendung des Thermokauters vor. Die Incision mufs sehr grofs gemacht werden, sie mufs über die ganze infiltrierte Gegend gehen. Dann mufs der primäre Herd gesucht und eventuell vorhandene Bindegewebsstränge beseitigt werden. Auch seitliche Incisionen sind oft nötig. Entleert sich die Blase nach der Incision nicht von selbst, so ist die Anlegung einer Dauersonde nötig; eventuell ist sogar die Urethrotomie und im äufsersten Falle die Cystotomie indiziert. *Götz-München.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Oktober 1898.

I. **Lupus erythematosus**, von James C. White. (Vergl. den Originalartikel in dieser Zeitschrift. Bd. XXVII. pag. 333.)

II. **Die Behandlung des Lupus erythematosus**, von P. G. Unna-Hamburg. Eine allgemein anerkannte, notwendig aus der Natur der Krankheit selbst hervorgehende Behandlungsmethode kann es nicht geben, solange wir über die Pathogenese der Affektion noch ganz und gar im unklaren sind. Vielleicht gelingt es jedoch auf der Basis der Histopathologie des Lupus erythematosus, die neuerdings so gründlich studiert worden ist und eine so klare Definition der Krankheit ermöglicht hat, eine erfolgreichere Therapie aufzubauen, als es die bisherige, zumeist rein empirische gewesen ist. — Das histologische Bild des Lupus erythematosus zeigt als Hauptmerkmale auf der einen Seite aufserordentlich trockene, hyperkeratotische Epidermis mit hornigen, in die Tiefe eindringenden, lange Zeit irrtümlich für Komedonen angesehenen Fortsätzen, auf der anderen Seite zeigt die Cutis Dilatationen der Lymphräume und Lymphkanäle, entzündliche Hyperämie und Ödem des Papillarkörpers. Die Therapie wird diese beiden scheinbar kontrastierenden Zustände wohl berücksichtigen und solche Mittel wählen, welche eine entzündete, ödematöse Stelle in einen blassen, trockenen, nicht entzündlichen Hautzustand überführen und zweitens als Hauptgrundsatz, der häufig genug vernachlässigt wird, sorgfältig jede Mafsnahme, welche eine entzündliche Hyperämie und Ödem hervorrufen könnte, vermeiden. — Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet der Vortragende zunächst die interne Behandlung des Lupus erythematosus. Man kann die internen Mittel in zwei Gruppen einteilen: 1. Die erste umfafst jene Mittel, welche einen günstigen Einflufs auf die schädigende Gefäfsparese des Gesichts ausüben, wie die Alkalien, Ichthyol, Natrium salicylicum, Ergotin etc. 2. Der zweiten gehören jene Medikamente an, welchen eine nicht leicht definierbare spezifische Wirkung zugeschrieben worden ist, wie der Phosphor (Bulkley), das Salicylin (Crocker), Tuberkulin, Jodkalium, Arsenik u. a. Mit Jodpräparaten und Arsenik hat der Vortragende nur negative Resultate erzielt, während er von Tuberkulin zwar gute Effekte, aber keine vollständige Heilung gesehen hat. Mit Phosphor und Salicylin hat er keine therapeutischen Versuche gemacht. Ichthyol, Natrium salicylicum, Ammoniumcarbonat wirkten gut. Doch kann von keinem der erwähnten Mittel gesagt werden, dafs es ohne Unterstützung durch eine externe Therapie irgend eine Heilung erzielt habe. Dagegen sind viele Fälle sicher durch die äufseren Applikationen geheilt worden. — Der Verfasser teilt die äufseren Mittel in folgende Gruppen: I. Austrocknende: a) Puder, b) Pasten, c) Waschungen. II. Komprimierende: a) Collodium, b) Gelanthum, c) Zinkleim. III. Antihyperämische: a) Pflastermulle oder Pasten, b) feuchte Verbände, c) kalte Umschläge, d) schwach anätzende. IV. Nekrotisierende: A. Schälmittel: a) Salicylseifenpflastermull, Salicyl-Cannabispflastermull, b) Salicyl-Collodium, c) Resorcinschälpaste; B. Ulcerative Mittel. V. Entzündungserregende Mittel. VI. Spezifische? — Die den verschiedenen Gruppen zugehörigen Mittel werden ausführlich besprochen. Die erste Frage für den behandelnden Arzt ist nach Feststellung der Diagnose, ob man es mit einem irritablen oder indolenten Falle von Lupus erythematosus zu thun habe. Irritable Fälle sind im allgemeinen diejenigen, bei welchen die Wangen, Nase, Augenlider und Handrücken befallen, nur schwach hyperkeratotisch, geschwollen und von dunkelroter Farbe sind. Bei den indolenten Fällen sind Kopfhaut, seitliche Teile des Gesichts und des Halses und die übrigen Körperteile befallen. Neben dem Sitz der Krankheit spielt die individuelle Toleranz der Patienten gegen die verschiedenen Mittel eine sehr wichtige Rolle bei der Behandlung. Auf alle Fälle thut man gut,

im Beginn milde Mittel anzuwenden und nicht eher zu stärkeren überzugehen, als bis die ersteren sich als zu schwach erwiesen haben. Deshalb handelt der Arzt nie unrecht, wenn er mit Bleiwasserumschlägen anfängt.

III. **Was sollen wir unter Ekzem verstehen?** von Malcolm Morris-London. Ist das Ekzem eine Krankheit oder nur ein Name? Handelt es sich um einen besonderen Prozefs, der in seiner Entwickelung bestimmten Gesetzen folgt und sich durch charakteristische Merkmale äufsert, oder um einen pathologischen Ausdruck, mit dem man die Resultate einiger verschiedener Formen von krankhafter Aktion andeuten will? — Um eine einigermafsen befriedigende Lösung des Problems zu finden, hält es Verfasser für notwendig, zunächst eine Definition von dem Worte „Ekzem" zu geben. „Es ist eine katarrhalische Entzündung der Haut, welche ohne sichtbaren, äufseren Reiz entsteht und in gewissen Stadien ihrer Entwickelung durch eine seröse Exsudation charakterisiert ist." Über das Wesen und die Ursache der Krankheit gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Ältere, wie Bateman, sprechen von inneren und äufseren Reizen, andere, namentlich französische, unter ihnen an der Spitze Bazin, halten das Ekzem als den Ausdruck verschiedener konstitutioneller Zustände, der Scrophulose, des Arthritismus, Herpetismus etc. Auf dem entgegengesetzten Standpunkt stehen die Dermatologen, welche mit Hebra das Ekzem lediglich als Effekt eines äufseren, lokalen Reizes ansehen. Gegenwärtig halten viele Dermatologen, an ihrer Spitze Unna, das Ekzem für eine parasitäre Krankheit. Unna fand Parasiten, die er spezifisch für die Entstehung sowohl des vesikulösen wie des seborrhoischen Ekzems ansieht, und die er „Morokokken", „Flaschenbacillen" genannt hat. — Verfasser hält es für erwiesen, dafs Parasiten im stande sind, Ekzem hervorzurufen, und für sehr wahrscheinlich, dafs das Ekzem eine parasitäre Krankheit sei. Aber ob der Morococcus oder irgend ein anderer Parasit oder vielleicht eine Kombination von Parasiten die thatsächliche Ursache des Leidens sei, könne er nicht für abgemacht ansehen. In jedem Falle mufs der Parasit einen geeigneten Boden für seine Entwickelung haben. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs prädisponierende Zustände der Haut dem Entstehen des Ekzems Vorschub leisten. Ebenso steht es fest, dafs in einer nicht geringen Anzahl von Fällen das „Ekzem" sich auf einer scheinbar völlig gesunden Haut unter dem Einflusse nervöser Faktoren entwickelt. — Die Frage, ob das Ekzem hereditär sei, findet ihre Erledigung in der Annahme, dafs nicht die Krankheit direkt, sondern nur die Prädisposition für dieselbe ererbt werde. — Eine Beziehung des Allgemeinbefindens zum Ekzem besteht nach der Ansicht des Verfassers nur insoweit, als konstitutionelle Erkrankungen, wie Gicht, Diabetes, einen schon existierenden ekzematösen Zustand verschlimmern oder der Therapie schwerer zugänglich machen können. Umgekehrt stört das Ekzem das Allgemeinbefinden nur indirekt, indem das Jucken Schlaflosigkeit, psychische Depression hervorrufen kann. — Was soll man also unter Ekzem verstehen? Eine Krankheit, deren hauptsächlichstes klinisches Merkmal in der unbestimmten Varietät der Efflorescenzen besteht, die sich unter der Einwirkung von Parasiten auf einer wenig widerstandsfähigen, hierzu prädisponierten Haut entwickelt, bisweilen durch gleichzeitig bestehende Gicht oder andere konstitutionelle Krankheiten sich verschlimmert, dagegen keine direkte Beziehung zum Allgemeinbefinden hat.

November 1898.

I. **Ein Fall von Porokeratosis,** von G. W. Wende-Buffalo. Nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Litteratur giebt Verfasser an der Hand derselben eine Beschreibung der Affektion und teilt im Anschlufs daran die Krankengeschichte eines Falles mit, der eine 45jährige, starke, sonst gesunde, brünette, erb-

lich nicht belastete Frau betraf. Die Affektion begann vor fünf Jahren mit einer kleinen, rauhen, schuppigen Plaque auf der Dorsalseite der linken Hand und zwar in der Interdigitalfalte zwischen Zeigefinger und Daumen. Unter peripherischem Wachsen gewann die Stelle das Aussehen einer erbsengrofsen Warze, die lange Zeit hinsichtlich ihrer Dimensionen keine Veränderung zeigte, dagegen auf die leisesten Reize excoriierte und Schmerzen verursachte. Nach einem Jahre nahm das Gewächs plötzlich einen ganz anderen Charakter an, indem es durch einen schuppigen, deutlich begrenzten Ring ersetzt wurde, der grofse Neigung zu peripherischer Ausbreitung zeigte. In den letzten zwei Jahren hatten sich am Vorderarme neue ähnliche Plaques entwickelt. Die die affizierten Partien umgebende Haut war zeitweilig blafs und ödematös geschwollen, eine Erscheinung, die ebenso plötzlich auftrat, wie sie verschwand. Eigentümlich war ferner das intensive Jucken, so oft die Hand mit Wasser besonders warmem, in Kontakt kam. Die inneren Organe waren gesund. — Der gegenwärtige Status der zuerst befallenen Stelle an der Dorsalfläche der linken Hand entpricht ganz dem Bilde der Porokeratosis, wie es Mibelli und Respighi beschrieben haben. Die Stelle mifst im längstem Durchmesser 6 cm, im kürzesten 3,5 cm; sie hat die Gestalt eines Rhomboids, normale Hautfarbe und ist von einem zickzackförmigen Rande begrenzt, der die charakteristischen Merkmale der Affektion darbietet. Er ist erhaben, rissig, hornig und unnachgiebig. Die befallene Partie zeigt unveränderliche Anidrosis und Asteatosis der Oberfläche. — In fünf Hautstückchen, welche zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung von dem Rande der porokeratotischen Stelle entfernt worden waren, konnten die charakteristischen, histopathologischen Merkmale deutlich nachgewiesen, Mikroorganismen werden, die als Krankheitserreger angesehen werden könnten, wurden nicht gefunden.

II. **Hydroa vacciniforme?** von James C. White. Der Verfasser beschreibt vier Fälle, welche in ihren klinischen Erscheinungen der Beschreibung der Hydroa vacciniforme Bazin oder der von Hutchinson (1888) und von Berliner (1890) beschriebenen Sommereruption sive Eruptio aestivalis bullosa entsprechen, welche sich jedoch durch einzelne wesentliche Merkmale von den bisher in der Litteratur publizierten Fällen (vergl. Mibellis Litteraturangabe) unterscheiden. In dem einen Falle des Verfassers kam der Krankheitsprozefs in 10 aufeinanderfolgenden Jahren während der Sommermonate zum Stillstand, in dem anderen dauerte er das ganze Jahr hindurch an und war weder durch die Sonnenstrahlen noch durch das Wetter vorwiegend beeinflufst. Diese beiden Fälle zeichneten sich ferner aus durch die grofse Ausdehnung der Hautveränderungen, durch die Gröfse und lange Dauer der einzelnen Efflorescenzen, durch die Gröfse der nachfolgenden Narben und die aufserordentliche Entstellung des Gesichts. — Verfasser hält es mit Rücksicht auf diese exceptionellen Erscheinungen nicht für leicht, die Fälle zwanglos irgend einer Gruppe von Dermatosen einzureihen. — In drei Fällen war eine mikroskopische Untersuchung des Blutes und des Blaseninhaltes vorgenommen worden. Immer zeigten sich die eosinophilen Zellen stark vermehrt.

III. **Über den Gebrauch von Urotropin bei Pyurie,** von G. E. Brewer-New York. L. Casper, Nicolaier, Citron u. a. haben auf den antiseptischen Wert des Urotropins bei Krankheiten der Harnwege hingewiesen. Der Verfasser hat die Wirkung in drei Fällen erprobt. Fall 1 betraf einen 58jährigen Mann mit chronischer follikulärer Prostatitis und gelegentlichen Exacerbationen einer Urethritis posterior und Pyelitis. Die Behandlung mit täglichen Irrigationen der Urethra und Blase, mit Massage der Prostata und tiefen Injektionen von Höllensteinlösung hatte nur wenig Erfolg, während Urotropin in Dosen von 1 g dreimal täglich innerhalb weniger Tage vollständige Klärung des Urins herbeiführte und das Eiweifs in demselben zum

Schwinden brachte. — In dem zweiten Falle wurde unter derselben Urotropinbehandlung nach 48 Stunden der trübe Urin klar und begann sich wieder zu trüben, als der Gebrauch des Urotropins suspendiert wurde.

IV. **Ein Fall von Haut-Myom**, von M. Herzog-Chicago. Kaum ein Dutzend Fälle von Haut-Myom sind in der Litteratur publiziert. Verfasser ist in der Lage, zu der spärlichen Zahl einen weiteren Fall hinzuzufügen. Das in Rede stehende Myom wurde einem etwa 50 Jahre alten Manne von der Wange entfernt. Der Tumor hatte ungefähr 1 cm Durchmesser, war nur langsam gewachsen, die Haut über demselben war nicht verschiebbar. Auf Druck zeigte sich die Geschwulst empfindlich. — Die histologische Untersuchung ergab, daſs der kleine Tumor hauptsächlich aus unwillkürlichen glatten Muskelfasern bestand, die zu Bündeln vereinigt waren und nach verschiedenen Richtungen verliefen. In einer Anzahl von Schnitten lieſs sich nachweisen, daſs die Zellen des Neoplasmas ihren Ursprung von den Arrectores pilorum nahmen. Das Myom enthielt auch reichlich elastische Fasern im Gegensatz zu anderen Myomen, bei denen dieselben fehlten oder in geringer Zahl vorhanden waren.

C. Berliner-Aachen.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band II, Heft 2 (Juni 1898).

I. **Präcolumbische Lepra.** (Aus den Debatten der Berl. Anthropol. Gesellsch. 16. Okt., 20. Nov. u. 18. Dez. 1897.) Die Spanier fanden bei der Entdeckung Amerikas unter den Eingeborenen Lepra nicht vor, obwohl sie gut mit dem Krankheitsbild vertraut waren. Jedoch starb der Eroberer Columbias Ximenes de Quesada an der von den dortigen Einheimischen erworbenen Lepra. Nach anderen Quellen holte er sich diese Krankheit jedoch zusammen mit einer Lues auf einem in Spanien verbrachten Urlaub von mehreren Jahren. Auſserdem fand sich Lepra niemals unter der reinen, wild lebenden einheimischen Bevölkerung, die mit Europäern nie im Verkehr gestanden hatte. Auf den Virchowschen Thongefäſsen fehlt wohl Oberlippe und Nase, ja beide Füſse, nie aber auch nur ein Finger. Wären diese Erscheinungen auf Lepra zu deuten, so müſsten wohl bei so starker Mutilation die Hände auch ergriffen sein. Nach Carrasquilla sind diese Verstümmelungen Strafen für Verbrecher gewesen, was bei der berüchtigt grausamen Rechtspflege der alten Peruaner wohl denkbar ist. Alles das spricht gegen das Vorhandensein präcolumbischen Aussatzes in Amerika. (Polakowski.) — Andererseits wird das Bestehen solcher Strafen im alten Peru auf Grund zahlreicher Quellenstudien geleugnet. (v. d. Steinen). — Ximenes de la Espada-Madrid, der beste Kenner des alten Peru, erklärt die Erscheinungen für Symptome der „Llaga“ oder „Hutta“, eines lupusähnlichen Leidens.

II. **Urethritis der Pars posterior**, von Handly-Nashville. Die hintere Harnröhre wird nach Verfasser bei 50—90% aller Blennorrhoen ergriffen. Besprechung von Symptomatologie und Therapie eröffnet keinerlei neue Gesichtspunkte.

III. **Behandlung der Acne indurata**, von Engman-St. Louis. Die Indikationen für eine Behandlung der Akne sind: 1. Diät, Ausarbeitung, Ruhe, Hygiene. 2. Alkalien und Stimulantien für die Leber und die Drüsen. 3. Sorge für geregelte Verdauung. 4. Darmdesinfektion. 5. Lokalbehandlung. Von den Alkalien sind Natriumphosphat und -bicarbonat zu nennen. Als Stimulantien für die Leber sind Podophyllin und Kalomel, für die Darmdrüsen Alkalien, Ipecacuanha und Nux vomica von Wert. Die Verdauung regelt man durch Massage, Arbeit, Elektrizität, reichlichen Wassergenuſs und salinische Laxantien, auf die Aloë, Belladonna und Strychnin folgen sollen. Zur Desinfektion der Därme empfiehlt Verfasser das Guajacolcarbonat, Kalomel und

Leberthran. — Lokalbehandlung: Drei- bis viermal täglich kalte Waschungen des Gesichts, dabei abreiben. Danach eine Salbe von 2—3% Schwefel und 10—25% Tannin, oder Resorcin in 2—3%igen Salben oder Lösungen, auch bei kleineren Flächen schwache Merkurpräparate. Heifses Wasser soll man nie zum Waschen nehmen, die Knoten und Pusteln nur incidieren, wenn sie aufzugehen drohen; sonst bilden sich leicht Narben.

IV. **Eisen als therapeutisches Hülfsmittel bei Syphilis**, von Philipps-St. Louis. Verfasser empfiehlt, ohne etwas Neues zu bringen, Eisenpräparate, besonders Gudes Eisenmanganpepton gegen die bei Lues so häufig nebenbei bestehende Anämie.

V. **Multiple benigne cystische Epitheliome**, von Dyer-New Orleans. Bei einem 55jährigen Manne beobachtete Verfasser dies seltener vorkommende Krankheitsbild. Besonders bemerkenswert ist die Ausbreitung. Brust, Rücken, Hals und Gesicht, letzteres hauptsächlich sind befallen. Der Patient leidet schon seit 18 Jahren an der Krankheit. Die ersten Zeichen waren stets schuppende Flecke. Das Allgemeinbefinden blieb dabei stets vortrefflich. Die subjektiven Symptome sind geringer. Erst die Zunahme an Umfang und Zahl machen den Patienten aufmerksam und veranlassen ihn sich behandeln zu lassen. Verfassers Patient war schon mehrfach mit dem Thermokauter behandelt worden; manche der cystischen Tumoren hatten sich auch allein ivolviert. Immer waren atrophische Narben die Folge. Augenblicklich bestehen über fünfzig solcher Tumoren, die sich teils um die Talg- und Schweifsdrüsen, teils rein epidermoidal entwickeln. Die histologische Untersuchung ergab die Diagnose cystische Epitheliome, für deren Gutartigkeit der klinische Verlauf sprach. Die Behandlung bestand nur in Anwendung einer 3%igen Ichthyolsalbe, um septische Infektionen zu verhindern.

VII. **Sexuelles Unglück** (wird referiert werden, wenn vollständig erschienen).

Band II, Heft 3 (Juli 1898).

I. **Nässendes Ekzem der Glans penis**, von Gottheil-New York. So häufig wie Balanitis ist, so selten ist reines Ekzem der Eichel. Einen dieser seltenen Fälle beschreibt der Verfasser bei einem 36jährigen Arbeitsmann, der im übrigen ganz gesund, seit zwei Jahren an dieser Affektion leidet, obwohl er eine ganze Anzahl Dermatologen um Rat gefragt hat. Der Beginn wurde durch ein kleines Bläschen gemacht, das platzte, abheilte und einen immer gröfser werdenden roten Hof hinterliefs, der schliefslich die ganze Eichel ergriff. Die Absonderung, klar, serös, ist so enorm, dafs Hemd und Beinkleider oft durchnäfst werden. Die Affektion schneidet mit dem Sulcus scharf ab. Verfasser fand keinen Zucker im Urin, auch sonst, wenn man von Nervosität absieht, keine direkte Ursache, die die lange Dauer der Krankheit erklärt hätte. Vorübergehende Besserung durch Atropin und Belladonna subcutan, sonst keinerlei therapeutischer Erfolg zu erzielen.

II. **Blennorrhoische Lymphangitis**, von Phillips-St. Louis. Der Artikel erzählt nur von längst Bekanntem und bringt nichts Neues.

III. **Präcolumbische Lepra**, von Ashmead. Mit wenigen Worten kommt Verfasser nochmals auf die genugsam besprochenen altperuanischen Thongefäfse zurück, die auf der Berliner Leprakonferenz schon eine Rolle spielten, und kommt zu dem Schlufs, dafs sie, mögen auch die Verletzungen auf den Vasen Läsionen infolge Lues, Lupus oder peruanische Strafen andeuten, ihrer Morphologie nach keinesfalls lepröser Natur sein können.

IV. **Ein Fall von Cystentumor des Samenstrangs**, von Johnson-Wittier. Der Fall betrifft einen 30jährigen Mann, der seit 14 Jahren an einem Bruch litt, der stets reponibel war und durch eine Bandage zurückgehalten wurde. Bei der Arbeit

trat eines Tages die Hernie unter dem Bruchband heraus und Patient, der bis dahin im Liegen den Bruch stets reponieren konnte, vermochte dies nicht mehr. Erst nach etwa 48 Stunden erfolgte die Operation durch den Verfasser, der einen cystischen Tumor des Samenstrangs vorfand, den er wegen starker Verwachsungen mit dem einen Hoden zusammen entfernen mufste. Heilung in 12 Tagen.

V. **Akute Brightsche Nierenentzündung bei einem 3jährigen Kinde**, von Greenley-Meadow Lawn. Der vorliegende Fall zeigt eine akute Brightsche Nierenentzündung mit Hämaturie und Cheyne-Stokesschem Atmen bei einem 3jährigen Kinde, ohne dafs irgendwelche Infektionskrankheit, wie Scharlach, vorausgegangen war. Obwohl die allgemeinen Ödeme und der Blutgehalt des Urins in weniger denn 48 Stunden verschwanden, auch die Hautdrüsen gut zu funktionieren begannen, starb das Kind doch an Herzschwäche.

VI. **Behandlung der Anämie bei Lues und ihrer Folgen**, von George Howard Thompson. Der Verfasser überschätzt die Häufigkeit und Wichtigkeit der Anämie bei Lues entschieden, wenn er glaubt, dafs sie allein die Ursache schwerer Allgemeinerkrankungen darstellt. Einer neben der Merkurbehandlung einhergehenden Therapie der Anämie der Syphilitischen wird jedermann das Wort reden. Thompson, der, wenn ihn Referent recht versteht, überhaupt durch frühzeitige Allgemeinbehandlung das Ausbrechen der sekundären und tertiären Erscheinungen verhindern will, schlägt zur Behandlung der Anämie bei Syphilitikern ein Präparat „Hernaboloids" vor, das aus Nucleoalbumin, Fleischpepton und Knochenmarktextrakt besteht. Drei (!) Krankengeschichten werden als Beweis für den Nutzen des Präparats angeführt.

VII. **Beitrag zur Blennorrhoe-Therapie**, von Bridgford-Mexico. Bridgford hat eine eigene Methode zur Behandlung der einfachen Blennorrhoe. Zuerst läfst er sechs Tage lang nur heifses Wasser in großen Quanten injizieren. Die Heifswasserinjektionen sollen nicht nur gut reinigen, die akute Entzündung herabsetzen und die Schmerzen lindern, sondern überhaupt in allen Stadien der Erkrankung von günstigem Einflufs sein. Vom 7. Tage an 10 Tage lang ebenfalls heifse Kaliumpermanganatausspülungen, dann läfst er zum heifsen Wasser zurückkehren, dem er auf dem Fufse eine Injektion von Zinksulfatlösung in Rosenwasser mit Hydrastiszusatz folgen läfst. Gegen die schmerzhaften Miktionen empfiehlt Verfasser, vorher einige Tropfen einer 4%igen Kokainlösung in die Urethra zu bringen. Jeden zweiten Tag eine Flasche Magnesiacitratlösung prophylaktisch für die Blase.

VIII. **Akne**, von Martin. Nach einem Überblick über die verschiedenen Aknearten, die in ihrer Gesamtheit ein Siebentel aller Hautkrankheiten ausmachen, aus deren Reihe man aber, wie der diesjährige Dermatologenkongrefs gezeigt hat, eine Anzahl von Dermatosen ausschliefsen mufs, die den Namen Akne mit Unrecht tragen, wendet sich Verfasser zur Ätiologie, über die auch noch nicht endgültige Übereinstimmung herrscht. Wer Unnas Mikroorganismentheorie huldigt, wird die Akne mit antiseptischen und baktericiden Mitteln angreifen; wer sie für eine Folge allgemeiner Entwickelungsverhältnisse hält, wird auf diätetische Mittel mehr Wert legen. Martin steht auf letzterem Standpunkt und fordert eine lokale und konstitutionelle Behandlung. Innerlich Arsen, Eisen, Strychnin, Aloe-Ergotinpillen, eventuell Beseitigung gleichzeitig bestehender Leiden. Antiseptische Seifenwaschungen mit heifsem Wasser, Ausdrücken der Komedonen, eventuell Incisionen der Pusteln. Ferner Schwefel- und Sublimatsalben. *E. Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Zur Lehre von der Syphilis congenita, von Prof. Oedmansson. (Ergänzungsheft zu *Nord. med. Arkiv* 1897. Stockholm 1898.) Als Grundlage dieser hauptsächlich statistischen Arbeit dient das vom Verfasser seit 1870 (incl.) gesammelte Hospitalsmaterial, vervollständigt durch Obduktionen von Kinderleichen (auch von Aborten und Placentae), welche ihm von der Entbindungsanstalt in Stockholm überlassen sind. Nach Auslese hierher gehöriger Fälle umfaſst das Material 343 Fälle mit 345 Kindern (2 Zwillingspaare), welche in 4 Abteilungen geordnet und behandelt sind, je nachdem I) die Mutter vor der Konception an Syphilis litt, II) gleichzeitig mit der Konception, oder III) während der Schwangerschaft angesteckt wurde. In einigen Fällen hatte IV) das Kind Syphilis congenita, wogegen die Mutter Syphilis leugnete, die auch nicht mit Sicherheit konstatiert werden konnte. — Hierauf folgt eine kürzere Zusammenfassung der wichtigeren Untersuchungsresultate und endlich eine Beilage, alle Fälle in gedrängter Form zusammenfassend. Dadurch, daſs Verfasser als Regel die Untersuchungen und Obduktionen selbst vorgenommen hat, hat er ein so homogenes Material wie möglich geschaffen.

Die Gröſse und der Detailreichtum der Abhandlung gestattet nur einige der wesentlichsten Resultate hervorzuziehen. Zur Abteilung I gehören 110 Mütter und Kinder, zur Abteilung II 44, zur Abteilung III 174 Mütter und 176 Kinder und zur Abteilung IV 15 Mütter und Kinder. Von den Kindern waren in den resp. Abteilungen: 20, 18, 38, (0) totgeboren (Aborte); 13, 6, 25 und 4 nicht ausgetragen, schwach oder boten bei der Geburt syphilitische Symptome dar; 54, 7, 70 und 11 bekamen Syphilis während der Beobachtungszeit; 23, 13, 43, (0) hielten sich symptomenfrei während dieser Zeit, die, soweit möglich, niemals weniger als drei Monate betrug. Bei der Entlassung waren in den resp. Abteilungen 48, 13, 64 und 6 symptomenfrei; 10, 2, 6 und 2 gebessert und 32, 11, 68 und 7 gestorben. Die Kindersterblichkeit war dann 56,7%, aber 63%, wenn die nach der Entlassung gestorbenen mitgerechnet werden, worüber man doch nur für eine Minderzahl Erläuterungen findet; die Sterblichkeit der manifest syphilitischen Kinder betrug 57%. Wenn die Infektion der Mutter mehr als drei Jahre vor der Konception zurück lag, oder wenn sie in den letzten vier Graviditätsmonaten eintraf, trat die Syphilis beim Embryo in der Regel in leichteren Formen auf und blieb oft aus. Im Gegensatz zu Fournier findet Verfasser, daſs postkonceptionelle Syphilis beim Kinde mindestens eben so schwer und tödlich verläuft, wie Fourniers hereditäre Syphilis sensu strictiore, wo die Mutter vor der Konception an Syphilis gelitten hat; in beiden Fällen beruht, im allgemeinen betrachtet, der Ausgang vorzugsweise auf dem Zeitverlauf zwischen der Konception und Infektion der Mutter, keineswegs allein darauf, ob diese Infektion vor oder nach der Konception eintrifft.

Der Zeitpunkt des Eintretens des Aborts und die Verhältnisse bei demselben werden näher erwähnt, ebenso wie die Ursachen desselben, unter welchen Verfasser detailliert behandelt die vorgefundenen pathologischen Prozesse in der Placenta und den möglichen Einfluſs der Behandlung in einzelnen Fällen durch Vergiftung des Embryo (durch Injektion unlöslicher Hg-Verbindungen). — Von den 44 nicht ausgetragenen, schwachen oder mit Syphilis geborenen Kindern (Abteilung I, II und III) waren 5 nicht ausgetragen, aber doch lebensfähig; nur 1 von diesen bekam keine

Symptome von Syphilis während der Beobachtungszeit (mehr als drei Monate); 30 waren nicht ausgetragen und nicht lebensfähig; 22 von diesen starben im Laufe der ersten drei Wochen, die übrigen später (ein einzelnes erst im zehnten Monate); endlich litten 9 an Syphilis schon bei der Geburt; 8 von diesen starben binnen zwei Monaten, nur eines wurde symptomenfrei entlassen.

Mit Rücksicht auf den Zeitpunkt des Auftretens der Syphilis bei den ausgetragenen Kindern, welche erst nach der Geburt Symptome der Krankheit zeigten, und der näheren Verhältnisse hierbei — 11 von 15, bei welchen die Symptome nach dem Schlusse des dritten Monates aufgetreten sein sollen, waren wahrscheinlich nach der Geburt angesteckt (vom sogenannten Profetaschen Gesetze giebt es sicherlich viele Ausnahmen!) — mufs auf die Abhandlung verwiesen werden, ebenso wie mit Rücksicht auf die vorgefundenen syphilitischen Symptome und Obduktionsbefunde (speziell auch Milzaffektionen, Verhalten der Thymusdrüse, Blutungen, Gehirnaffektionen, besonders auch Ependymitis mit partieller Obliteration der Ventrikel und konsekutiver Hydrocephalie).

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Bacillus graminearum, von Montano (Melfi, 1898). Verfasser beschreibt eine die Haut und die Schleimhäute befallende infektiöse Krankheit, welche mit der von Canarsa (Über eine seltene, wahrscheinlich parasitäre Dermatose. *Monatsh. f. pr. Derm.*, Bd. XXVI. Nr. 5) beschriebenen so zu sagen genau übereinstimmt. Die Affektion entsteht nach Berührung einer gewissen Rohrart (Arundodonax) und ist ohne Zweifel durch einen Parasiten (Bacillus), dem die Sporen des Dendrochium microsomen als Träger dienen, veranlafst. *C. Müller-Genf.*

Atlas der äufseren Erkrankungen des Auges, nebst Grundrifs ihrer Pathologie und Therapie, von Prof. O. Haab in Zürich. (München, 1899. J. F. Lehmann.) Auf seinen sehr gelungenen ophthalmoskopischen Atlas, den Verfasser in der Lehmannschen Sammlung medizinischer Handatlanten hat erscheinen lassen, läfst er jetzt einen solchen der äufseren Augenerkrankungen folgen, der auch reichen Beifall verdient. 26 farbige und 6 schwarze Abbildungen sind in dem Atlas vorhanden. Dermatologisch interessant sind die Bilder von Krankheiten der Augenlider: Blepharitis eccematosa, Hordeolum, Molluscum contagiosum, Chalazion, Bindehautekzem mit Gesichtsekzem, Herpes zoster ophthalmicus mit neuroparalytischer Keratitis, Keratitis parenchymatosa, Iritis syphilitica etc. Vermifst wird ein Bild des Xanthoms der Augenlider. Bemerkenswert sind mehrere Bilder Blepharochalasis (Ptosis adiposa). Dabei handelt es sich um abnorm schlaffe, beutelartig herabhängende obere Augenlider als Folge einer mangelhaften Anheftung der Lidhaut am oberen Rande des Tarsus und an der Sehne des Levator palpebrae superioris. Dabei ist die Haut stark verdünnt und etwas gerötet. Durch Excision und Festnähen am oberen Tarsusrand wird das angeborene Leiden beseitigt. Der beigegebene Grundrifs der Pathologie der äufseren Augenerkrankungen erstreckt sich auf die Leiden der Iris, der Linse, des Glaskörpers, der Orbita und auf das Glaukom. Er ist in der nötigen Kürze abgefafst, ohne dafs er deshalb zu wenig des Belehrenden brächte. Lobenswert ist die Trennung des Lidekzems von der Seborrhoe der Lidränder. Kurz, auch dieser Atlas bringt, zumal bei dem bescheidenen Preise, des Guten gar viel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Querschnittform des Kopfhaares der Kaukasier, von Pohl. *(Zeitschr. f. Ethnologie.)* Nach den Untersuchungen des Verfassers ist die Bildung des Kopfhaares kurz vor Beginn des mittleren Drittels des in der Haut befindlichen Stückes vollendet. Das ganze mittlere Drittel dieses Haarteils erscheint physikalisch und chemisch ziemlich einheitlich und ist auf dem Querschnitt annähernd kreisförmig. An der Grenze des mittleren und oberflächlichen Drittels erfährt der Querschnitt eine bedeutende Abplattung; diese Form behält das Haar bei. Die Abplattung des annähernd cylindrisch vorgebildeten Haares kommt auf die Rechnung der Talgdrüsen, die als Walzen auf das Haar einwirken. *Götz-München.*

Über borstenartige Gebilde bei einem Hai und eine mutmaſsliche Homologie der Haare und Zähne, von Brandt. (*Biolog. Centralbl.*, Bd. XVIII, No. 7.) Auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen glaubt der Verfasser, daſs Zähne und Haare anatomisch und entwicklungsgeschichtlich homologe Gebilde sind. Die Haare sind nach seiner Ansicht als entkalkte Zähne aufzufassen. Der Verfasser fand einmal die Schnauze eines Hais mit zahlreichen borstenartigen Gebilden besät, die infolge Einlagerung massenhafter, aus kohlensaurem Kalk bestehender Konkremente auſserordentlich hart waren. Nach seiner Ansicht stellen diese borstenartigen Gebilde, über die weitere Beobachtungen und Untersuchungen nicht vorliegen, Vorstufen zur Umwandlung von Zähnen zu Haaren dar. *Götz-München.*

Mikroskopische Technik.

Was sind die Ernstschen Keratingranula, von Kromayer-Halle. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, Bd. IX. No. 11/12.) Der Verfasser weist in seiner kurzen Abhandlung nach, daſs die Keratingranula, die nach Ernst beim Verhornungsprozeſs eine Rolle spielen sollen, Farbstoffniederschläge sind. Als Beweis dafür dient folgendes Verfahren: dem unter dem Deckglas befindlichen jodierten Schnitt wird von einer Seite Alkohol zugesetzt; wenn dieser allmählich unter dem Deckglas vordringt, kann man beobachten, wie sich mit dem Fortschreiten desselben feine Granula bilden. Die vorher homogenen und fibrillären Hornzellen bekommen ein feinkörniges Aussehen. Mit anderen Worten: es wird der vorher homogene, auf die Protoplasmafasern verteilte Farbstoff durch den Alkohol extrahiert und in kleine Körnchen umgewandelt Dasselbe Bild tritt auſser in der Hornschicht auch stellenweise im Bindegewebe auf, wenn statt Alkohol Alkoholxylol angewendet wird. *Hopf-Dresden.*

Nochmals die Keratingranula, von Ernst Kromayer. (*Centralbl. f. allg. Pathol. etc.*, 1898, No. 18/19.) Die Behauptung von Kromayer, daſs die Keratingranula von Ernst Kunstprodukte, Farbstoffniederschläge seien, ist von Ernst in einer Erwiderung bekämpft. Kromayer verlangt aber von Ernst in dieser Zuschrift eine Widerlegung seiner an verhornenden Carcinomen, die Ernst selbst als sehr geeignetes Objekt empfohlen, gewonnenen Resultate. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Färbung der Ganglienzellen, von Friedrich Luithlen und Josef Sorgo. (*Neurolog. Centralbl.* 1898, No. 14.) Zur Darstellung der Nisslschen Ganglienzellengranulationen bewährte sich Verfasser folgende Methode, die unabhängig ist von der Art des angewendeten Härtungsverfahrens: Nach Härtung in Alkohol, Müllerscher Flüssigkeit, Formol oder Müller-Formol; Einbettung in Celloidin oder Paraffin; Anlegung möglichst dünner Schnitte; 24 Stunden in polychromem Methylenblau oder Erwärmung über dem Wasserbade bis zur Dampfentwicklung; Abspülen in destilliertem Wasser durch 24 Stunden; Differenzierung durch Glycerinäthermischung durch 8—24 Sekunden auf dem Objektträger, bis man graue und weifse Substanz makroskopisch unterscheiden kann; Abtrocknen mit glattem Tuch; nochmaliges Übergiefsen mit absolutem Alkohol; Abtrocknen; sorgsames Aufstellen in ungebrauchtem Origonumöl; Kanadabalsam. — Die Präparate geben ein schönes Bild und halten sich gut.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bakteriologie.

Über eine neue Bakterienfärbung und ihre spezielle Verwertung bei Gonokokken, von Schäffer. (Verhandl. d. 5. dtsch. Dermatologenkongr.) Es handelt sich um eine neue Doppelfärbung, die in folgender Weise ausgeführt wird: Das auf dem Objektträger möglichst dünn ausgestrichene und gut fixierte Präparat wird 5—10 Sekunden lang mit einer filtrierten verdünnten Karbolfuchsinlösung (Fuchsin 0,1, Alkohol 20,0, 5 % Karbolwasser 200,0) gefärbt, abgespült und mit einer hellblauen Äthylendiamin-Methylenblaulösung (2—3 Tropfen einer 10 % koncentrierten wässerigen Methylenblaulösung auf etwa 10 ccm 1 % Äthylendiamin) so lange nachgefärbt, bis neben dem rötlichen Farbenton sich eben eine deutliche blaue Farbennuance bemerkbar macht, was ungefähr 40 Sekunden dauert; dann wird das Präparat mit Wasser abgespült und nach dem Trocknen ohne Deckgläschen untersucht. Es empfiehlt sich, in der Karbolfuchsinlösung das Fuchsin zuerst in der entsprechenden Menge heifsen Wassers zu lösen, dann die Karbolsäure und zuletzt den Alkohol hinzuzufügen. Bei richtiger Färbung ist das Protoplasma der Leukocyten zart hellrot, die Kerne schwach hellblau und die Gonokokken schwarzblau, so dafs diese sich scharf von den übrigen Zellelementen abheben, optisch niemals gedeckt werden können und sich ungemein leicht auffinden lassen. Die Spermatozoen färben sich gleichzeitig sehr deutlich und zwar der Kopf blau, das Schwanzstück rot. — Nach den Erfahrungen des Verfassers färben sich ältere und bereits schlechter färbbare Mikroorganismen, ferner Degenerationsformen in älteren Gonokokkenreinkulturen bei Anwendung dieser Methode viel intensiver als durch andere Arten der Färbung. Nur empfiehlt es sich, in solchen Fällen die beiden Farbstoffe etwas länger einwirken zu lassen. Die Methode ist daher empfehlenswert zur Untersuchung von Trippereiter, der der Wirkung von Desinfektionsmitteln ausgesetzt war, bezw. zur Prüfung der Wirkung der antiblennorrhoischen Mittel; ferner zur Färbung von blennorrhoischem Eiter, der längere Zeit angetrocknet war, endlich in allen Fällen, in denen nur spärliche Gonokokken vorhanden sind. — Eine Differentialfärbung für die Gonokokken ist die neue Methode nicht; die übrigen Mikroorganismen färben sich ebenso intensiv. Das neue Verfahren erleichtert daher auch das Aufsuchen anderer sehr kleiner oder schwer färbbarer Mikroorganismen, z. B. der Streptobacillen des Ulcus molle, des Tetragenus, der Pneumoniekokken, deren Schleimhülle sich als ungefärbter Saum von der rötlichen Grundfarbe des Präparates sehr scharf abhebt. *Götz-München.*

Das Mikrosporon des Pferdes, von Bodin. (*Archives de Parasitologie,* Juli 1898.) Verfasser hat vergleichende Untersuchungen zwischen den durch Sprofspilze

hervorgerufenen Hauterkrankungen bei Mensch und Tier angestellt und hat vor allem seine Aufmerksamkeit gerichtet auf eine bei jungen Pferden häufig vorkommende Erkrankung, die als „Herpès contagieux" beschrieben wird und die sich wohl von anderen Dermatomykosen des Pferdes unterscheidet; hervorgerufen wird sie durch das Mikrosporon des Pferdes, welches sich vom Tier auf den Menschen übertragen läfst und hier schnell abheilende Läsionen setzt. Das Mikrosporon ist pleomorph, wir kennen zwei Formen der Gonidienbildung, eine nach dem Typus Oospora, die andere nach dem Typus Acladium; wegen dieser letzteren Fruktifikation ähnelt das Mikrosporon dem Mikrosporon Audouini (bei Rindern) und dem Mikrosporon des Hundes. Der Übergang von der Form Oospora zur Form Acladium vollzieht sich in den Kulturen leicht, zum umgekehrten Weg braucht man die Passage durch ein lebendes Tier. *F. Hahn-Bremen.*

Vergleichende bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über die Kapselbacillen von Pfeiffer und Frisch, von Mario Oro. (*Atti d. R. Accad. med.-chirurg. di Napoli* 1898.) — Verfasser stellt die Resultate seiner Untersuchungen in einer Tabelle einander gegenüber und kommt zum Schlusse, dafs der Pfeiffersche Bacillus mit dem von Frisch nicht identifiziert werden könne. *C. Müller-Genf.*

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Einiges über Pathologie und Therapie der bekanntesten Hautkrankheiten, von Wittzack. (*Die ärztl. Praxis* 1898, No. 8—13.) Der Verfasser bespricht als Praktiker für die Praxis einige der am häufigsten vorkommenden Hautkrankheiten, nämlich Ekzem, Psoriasis vulgaris, Dermatomykosen (Favus, Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor, Erythrasma), Impetigo, Scabies, Lupus erythematosus und Lupus vulgaris. Der Verfasser will, wie er selbst sagt, nichts Neues bringen, sondern nur objektiv über den heutigen Standpunkt in der Dermatologie referieren. Die Abhandlung wird ihrem Zweck, den Leser in Kürze über die gegenwärtigen Anschauungen besonders bezüglich der Therapie der erwähnten Dermatosen zu informieren, vollkommen gerecht. *Götz-München.*

Über den Wert der Vegetationen in der Dermatologie, von Tommasoli. (Med.-chir. Akad. d. Universität Palermo; *Rif. med.* 1898. No. 166.) Die Vegetation kann entweder das Haupt- oder einzige Symptom einer Dermatose bilden, wie beim Condyloma acuminatum, dem Pemphigus vegetans, oder aber nur eine rein sekundäre, episodische Erscheinung im Verlaufe einer Hautaffektion, wie z. B. beim Pemphigus, der Dermatitis herpetiformis Duhring, der Impetigo herpetiformis, den bullösen polymorphen Erythemen etc. Damit eine Vegetation zu stande komme, ist vor allem notwendig, dafs eine seröse Exsudation stattfinde, welche die Maschen des epidermalen Bindegewebes ausfüllt und die Papillen aufschwellen macht, ferner gehört dazu eine Proliferation der zelligen Elemente dieses Gewebes. Von diesen beiden Bedingungen kann die eine vorherrschen, von welchem Umstande dann der Verlauf, die Konsistenz, der Feuchtigkeitsgrad etc. der Vegetation abhängen wird. Zum Zustandekommen dieser Bedingungen ist aber ein Reiz notwendig, welcher Reiz wahrscheinlich nur in schwacher, torpider Weise und verhältnismäfsig längere Zeit einwirken, jedenfalls blofs ganz oberflächlich, und keine pyogene Eigenschaften besitzen darf; seine Wirkung darf nicht über die Gefäfse und die zelligen Elemente der Papillarschicht hinausreichen. Ein eigentlicher spezifischer Reiz ist hierzu nicht nötig, nur gehört eine besondere individuelle Disposition dazu (Vegetationen auf den Schleimhäuten bei chronisch entzündlichen Prozessen).

Unter solchen Umständen können an sich nicht vegetierende Dermatosen zu einer gegebenen Zeit und in Gegenden, welche lokalen Reizen ausgesetzt sind, Vegetationen aufweisen. *C. Müller-Genf.*

Mangelhafte Sekretion von organisch nicht erkrankten Nieren im Zusammenhang mit Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und mit Hauterkrankungen, von L. Duncan Bulkley-New York. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 8. Januar 1898). Etheridge-Chicago hatte schon früher Untersuchungen über das Verhältnis zwischen festen Harnbestandteilen und Körpergewicht gemacht und dabei festgestellt, daſs beim weiblichen Geschlechte dieselben um $^1/_{10}$ geringer als beim männlichen sind. Ferner war er aus zahlreichen Fällen seiner Praxis zu dem Schlusse gekommen, daſs mangelhafte Absonderung der Nieren ohne thatsächliche organische Erkrankung derselben in bestimmtem Zusammenhange zu verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen, besonders Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, stehe und durch Einwirkung auf die Diurese allein diese zur Heilung kommen können. Bulkley nimmt nun diesen Gedankengang freudigst auf und führt u. a. einen sehr charakteristischen Fall an, wo bei einem 23jährigen Mädchen Jahre lang die verschiedensten gynäkologischen Prozeduren wegen einer ihm nicht bekannten Unterleibserkrankung vorgenommen worden waren, bis sie zu ihm wegen einer sehr hartnäckigen Akne in auſserordentlich desolatem Zustand kam. Nach Verabreichung von alkalisch diuretischen Mitteln und Einhaltung der geeigneten Diät war sehr rasch sowohl Akne wie Unterleibsaffektion geheilt und das Allgemeinbefinden auffallend gebessert. Bulkley schlieſst, daſs auch manche hartnäckige Hauterkrankung auf mangelhafter Funktion der Nieren beruht und allein durch Hebung dieser Störung geheilt werden kann. *Stern-München.*

Inwieweit schützt der Brand- und Ätzschorf aseptische Wunden gegen eine Infektion mit Diphtheriebacillen und pyogenen Streptokokken? von Paul Cohn. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 29.) Verfasser wies nach, daſs der Brandschorf sowie der Alaunschorf Wunden gegen eine Infektion mit virulenten Bakterien nicht sicher zu schützen vermögen, während dagegen der schwefelsaure Kupferschorf und der Kupferalaunschorf sich als ziemlich sichere, der Höllensteinschorf als ganz ausgezeichnetes Schutzmittel erwiesen. *J. Bloch-Berlin.*

Eine neue Strahlenpilzart nebst Bemerkungen über Verfettung und hyaline Degeneration, von Ernst Delbanco. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898 No. 2 und 3.) Adami und Kickpatrik in Montreal, Hyde und Senn in Chicago haben über eine neue Strahlenpilzart bei Mycetoma pedis berichtet. Verfasser hat Gelegenheit gehabt, den Fall von Hyde und Senn ebenfalls zu untersuchen und ihre Befunde zu bestätigen und zu ergänzen. — Das vereiternde Granulom zeigte sich durchsetzt von Fungusmassen, welche ein ganz anderes Bild darboten als der menschliche Aktinomyces und die Strahlenpilzart des indischen Madurafuſses. Die unregelmäſsig gestalteten Fungusmassen setzen sich durch eine transparente Kapsel mit feiner, vertikal gestellter Streifung gegen das vereiternde Granulom ab. Nach innen von der Kapsel findet sich ein feines Hyphenwerk, von dem in ganz unregelmäſsiger Anordnung immer nur einzelne Teile der Hyphen stärker färbbar sind. Alles Übrige im Fungus ist homogen; ja manche Fungusmassen sind nur von homogener Beschaffenheit. — Verfasser konnte von dem in Alkohol fixierten und konservierten Material durch Einlegen der Schnitte in Flemmings Lösung eine Schwärzung des Fungus erzielen und damit den Fettgehalt desselben konstatieren, während ihm dies bei Aktinomyces und Streptothrixkulturen nicht gelungen war. Die Zopfsche Bearbeitung der Pilze in Schenks

Handbuch der Botanik bringt Angaben über niedere Pilze, welche zeitweilig und unter besonderen Bedingungen fetthaltig werden. Hier findet sich mancher Fingerzeig für eine künftige Deutung der spezifischen Eigentümlichkeiten des Strahlenpilz-Granulationsgewebes. Verfasser hält es für eine lohnende Aufgabe, die Ursachen dieser Verfettung an in FLEMMINGS Lösung fixiertem Material nachzuweisen, da die Frage des Fettgehaltes der niederen Pilze durch die Arbeiten von UNNA und KOCH über den Fettgehalt der Tuberkelbacillen und der Abhängigkeit der spezifischen Färbbarkeit von demselben ein erhöhtes Interesse gewonnen hat. — Dieser Fettgehalt erklärt die Chronicität des Leidens und den hartnäckigen Wiederstand des Fungus gegenüber therapeutischen Maſsnahmen, wie UNNA das auch in Beziehung auf den Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen ausführlich entwickelt hat. Unter den Merkmalen für die neue Strahlenpilzerkrankung ist besonders das regelmäſsige Auftreten von Riesenzellen um den Fungus hervorzuheben, für welches vielleicht die dem menschlichen Aktinomyces und dem indischen Pilz fehlende Kapsel von ursächlicher Bedeutung ist. Die Riesenzellen sind der Ausdruck einer lebhafteren Reaktion des umliegenden Gewebes, wie sie dem von anderen Strahlenpilzen befallenen Gewebe nicht möglich ist und hierdurch die den toxischen Einfluſs des Fungus mildernde Kapsel ermöglicht wird. — Von einer Aufklärung über die Ursachen der Riesenzellbildung sind wir nach Verf. noch weit entfernt. Es ist nicht ausgeschlossen, daſs als solche inneren Ursachen der Fremdkörperriesenzellbildung sich einmal chemische Vorgänge erweisen werden, wie auch Verf. im vorliegenden Falle eine spezifische, chemische Thätigkeit als Ursache der Kernteilung und Anlockung der Eiterzellen annimmt. — Weiter lieſs sich eine starke Wucherung und Verhornung der Epithelien mit vorhergehender hyaliner Degeneration konstatieren. — Die mit polychromem Methylenblau vorgefärbten und mit Säurefuchsin-Tannin nachbehandelten Präparate von Mycetoma pedis zeigen das freie Hyalin in leuchtend roter Farbe, die Lymphspalten überschwemmend, während das innerhalb der Zellen noch lagernde Hyalin zum Theil blau gefärbt ist, also ein anderes chemisches Verhalten aufweist. Die von BAUMGARTEN, BIRCH-HIRSCHFELD, BOSTRÖM beobachtete, aber von UNNA nicht bestätigte ausgedehnte Verfettung des Strahlenpilzgewebes muſs in Zukunft durch sichere Methoden (FLEMMING) neben dem Hyalin nachgewiesen werden. — Gelegentlich fand Verf. amphoter reagierende elastische Fasern, häufiger basophiles Kollagen. Er betont die groſse Bedeutung der von UNNA in ihren Grundzügen festgestellten Färbung des Zwischengewebes für die pathologische Histologie und verweist auf die wichtige Arbeit von RAMON Y CAJAL über das Verhalten der Bindegewebssubstanz, in welcher acidophile, basophile (degenerierte) und neutrophile Kollagenfasern neben den elastischen Fasern unterschieden werden. — Während es dem Verfasser noch nicht gelungen ist, qualitative Änderung des elastischen Gewebes bei verschiedenen Krankheiten (Arteriosklerose, Lungenkrankheiten) nachzuweisen, hat DIMITRIJEFF eine Veränderung der chemischen Eigenschaften des elastischen Gewebes bei Arteriosklerose gefunden.

J. Bloch-Berlin.

Die Anwendung von Ruhe bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von ALLAN JAMIESON. (*Edinb. Med. Journ.* Aug. 1898). Verf. legt in dem Vortrag, den er als Einleitung bei der jährlichen Versammlung der British Medical Association in der Sektion für Dermatologie hielt, dar, wie die Ruhe auch bei Hautkrankheiten von groſsem Vorteil ist und wie besonders die Entfernung der schädigenden Ursache zur Heilung erheblich beiträgt.

F. Hahn-Bremen.

Über die Wirkung indifferenter Thermalwasser auf die Haut, von JOSIONEK, (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898 No. 42). Als sichtbare Zeichen der Wirkung indifferenter

Thermen ist ein Rubeolen, Masern oder Urticaria ähnliches Exanthem anzusehen, das nicht vor dem dritten Bade auftritt und nach 5—6 Bädern zu verschwinden pflegt. Jedes Alter kann von dem Exanthem, welches schon im vorigen Jahrhundert bekannt war, heimgesucht werden. Eine besondere Disposition zu Hautveränderungen braucht nicht vorhanden zu sein. — Zuweilen sieht man eine vorübergehende Verschlimmerung einer vorhandenen Akne oder vorhandenen scrophulösen Ekzems. Bei Gewerbeekzem beobachtete der Verfasser schnelleren Heilverlauf beim Gebrauch der Thermen. — Als Ursache der Hauterscheinungen glaubt Verfasser chemische Einwirkungen annehmen zu müssen; vielleicht wird das Hautfett durch das Natron löslicher, die Endosmose und Imbibition dadurch leichter gemacht. Es scheint auch, als ob die Badeexantheme in den an Natron reichsten Thermen am häufigsten sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Anwendung des Salzwedelschen Spiritusverbandes in der dermatologischen Praxis, von A. Lanz. (*Med. Obosrenje.* Januar 1898. Russisch). L. erzielte mit dem Salzwedelschen Verbande sehr gute Erfolge bei Furunkeln, Sykosis staphylogenes und in einem Fall von verruköser Hauttuberkulose, wo L. als erster diese Behandlung anwandte. *Jordan-Moskau.*

Über Alkoholdunstverbände, von Heuss-Zürich. (*Therap. Wochenschr.* 1898. No. 48). Verf. empfiehlt die von Salzwedel, Schmitt etc. angegebenen, aber im allgemeinen noch wenig bekannten Alkoholdunstverbände bei verschiedenen Haut- und chirurgischen Affektionen, so bei Sykosis, Furunkulosis, atonischen, mit kallösen Rändern versehenen Unterschenkelgeschwüren, bei Epididymitis etc.; in den Anfangsstadien von Panaritien und anderen phlegmonösen Entzündungen wirke er geradezu coupierend. — Der Verband wird in folgender Weise appliziert: Eine 6—8 fach zusammengelegte Mullkompresse wird in 95 %igen Alkohol getaucht und mäfsig ausgedrückt, so dafs sie nicht mehr tropft, sodann auf die entzündete Hautpartie oder eiternde Wundfläche aufgelegt, sodafs sie dieselben um circa 1½ cm überragt. Darüber kommt eine dicke Schicht entfetteter Watte, ein weiches Impermeable und schliefslich zur Fixation eine weiche Mullbinde. Es ist empfehlenswert, eventuelle Drüsenschwellungen in den Bereich des Dunstverbandes mit einzubeziehen, sofern natürlich dies thunlich. Bei geschwürigen Stellen thut man besser, einen direkten Kontakt des Alkohols mit der Wundfläche zu vermeiden und eine dünne Lage trockener Gaze zwischen Alkoholkompresse und Geschwür einzuschieben. — Die Wirkung des Alkoholdunstverbandes wäre eine doppelte: als feuchter Verband wirkt er schmerzstillend, erweichend und damit indirekt entzündungswidrig. Dazu gesellt sich sodann noch die eigentliche Alkoholwirkung, wobei man konstatieren kann, dafs dieselbe rascher und sicherer ist als der feuchte Sublimatverband.

C. Müller-Genf.

Pharmakologie.

Ein Reagenspapier zum Nachweis des Jods in Speichel und Harn, von Bourget. (*Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1898. No. 17.) Verfasser verwendet hierzu gewöhnliches Filtrierpapier, das er in eine gekochte 5%ige Stärkelösung eintaucht und trocknen läfst. Das Blatt wird sodann mit einem Bleistift in gleichmäfsige Quadrate eingeteilt. Handelt es sich nun darum, die Resorptionsfähigkeit der Darmschleimhaut nachzuweisen, so erhält der Patient Jodkalium in Glutoidkapseln, die in drei Härten erhältlich sind. Im Verlaufe der nächsten 24 Stunden spuckt nun der Patient in Zeiträumen von 1 oder 2 Stunden nacheinander auf die verschiedenen Quadrate des Stärkepapiers, wobei jedesmal die Zeit auf das entsprechende Quadrat

eingeschrieben wird. Zum Nachweis des Jodes braucht man dann nur noch nach der gewünschten Zeit etwas Ammonium hypersulfuricum aufzutropfen, welches viel empfindlicher ist als das Kalium- und Natriumsalz. Wo Jod vorhanden ist, färbt sich die Stelle blau. *C. Müller-Genf.*

Das von der chemischen Fabrik von Valentiner & Schwarz hergestellte **Difluordiphenyl** hat sich dem Unterzeichneten als ein excellentes Mittel gegen alle geschwürigen Prozesse, sowie als Jodoformersatz bei frischen Wunden erwiesen. Alte Fufsgeschwüre, die absolut keine Neigung zur Heilung verrieten, Ulcera mollia, Initialsklerosen, gummöse Prozesse gelangten überraschend schnell zur Heilung. Meist wurde das Mittel mit Borsäure fein gepulvert als Streupulver verwandt, da es pure zu teuer ist. Das Difluordiphenyl besitzt eine enorme Aufsaugungsfähigkeit, bildet schnell Granulationen und infolge dessen rasche Überhäutung. Es kann daher den Kollegen bei obengenannten Affektionen nicht warm genug empfohlen werden. *P. Taenzer-Bremen.*

Über die Resorption des Jod-Vasogen durch die Haut, von Scheele. (Danzig 1898.) Die zahlreichen Empfehlungen des Jod-Vasogen gipfeln in der Behauptung, dafs das Jod aus demselben durch die unverletzte Haut leicht resorbiert wird, trotzdem nur wenige sich die Mühe gegeben haben, diese Resorptionsfähigkeit experimentell zu prüfen. Verfasser hat dieses gethan, und zwar mit vollkommen negativem Erfolge. Es liefs sich mittelst der Harnackschen Probe, die sehr exakte Resultate liefert, nach Einreibung von gröfseren Mengen Jod-Vasogen bei unverletzter Haut kein Jod im Harne nachweisen. Nur ein Versuch unter zehn fiel positiv aus, aber in diesem Falle hatte sich die Haut bald entzündet. Bei dieser Gelegenheit hat Verfasser dann auch die Resorpstionsfähigkeit des Jods aus der Jodtinktur nach Applikation auf die Haut und das Verhalten des Harnes bei Gebrauch von Jodkalium per os, per anum und subcutan geprüft. Für die äufsere Anwendung der Jodtinktur ergab sich dabei, dafs für eine Resorption das Eintreten einer Hautentzündung resp. Blasenbildung Vorbedingung ist. Auch aus dem Jod-Vasogen tritt unter diesen Umständen eine Resorption ein, wie oben erwähnt, und man kann diese anregen, wenn man durch Bedeckung der Haut mit impermeablen Stoffen die Hautreizung begünstigt. Keineswegs aber tritt die Resorption aus dem Jod-Vasogen leichter ein als aus der Jodtinktur. — Bei interner Jodkalium-Darreichung ist schon nach 0,1 Jod im Harn nachweisbar, durch äufsere Jod-Vasogen-Applikation, die erst nach 10—20 g unter besonders günstigen Umständen, d. h. nach eingetretener Hautentzündung, Jod in den Körper überführt, ist dieselbe deshalb nicht zu ersetzen. Ebenso ergeben Versuche mit rektaler Applikation, dafs Jod-Vasogen keinerlei Vorzüge vor dem Jodkalium hat. Aus all' diesen sorgsamen Experimenten kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs das Jod-Vasogen weder für den äufseren, noch für den inneren Gebrauch den bekannten Jodpräparaten überlegen ist und, da es auch kostspielig, überhaupt als Bereicherung des Arzneischatzes nicht anzusehen ist. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das **Naftalan** hat sich in kurzer Zeit bei den Ärzten wegen seiner vortrefflichen therapeutischen Eigenschaften so einzubürgern vermocht, dafs die Naftalangesellschaft sich gezwungen gesehen hat, die ferneren Naftalanerfolge in einem zweiten Heft herauszugeben. Den sich dafür Interessierenden wird dasselbe von der Naftalangesellschaft auf Wunsch direkt zugesandt. *P. Taenzer-Bremen.*

Der Einflufs des Quecksilbers auf das Nervensystem des Kaninchens, von Brauer. (*Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk.* 1898.) Der Verfasser kommt auf Grund seiner Tierversuche zu folgenden Schlüssen: Eine unzweideutige Schädigung des

Nervensystems zeigt sich nur dann, wenn innerhalb kurzer Zeit eine relativ grofse Hg-Menge zur Allgemeinwirkung gebracht werden kann. Akute Hg-Vergiftung scheint innerhalb kurzer Zeit den Tod vom Centralnervensystem aus herbeiführen zu können, wobei der endgültigen Lähmung ein starker Reizungszustand vorausgeht. Eine subakute, durch einige Wochen sich hinziehende Vergiftung mit grofsen Hg-Dosen bewirkt gesetzmäfsig und konstant sich entwickelnde krankhafte Symptome am Nervensystem, bestehend in Steigerung der Sehnenreflexe, zunehmender schlaffer Lähmung und zunehmender Ataxie der Körpermuskulatur. Dieses Krankheitsbild ist höchst wahrscheinlich eine direkte Allgemeinwirkung des Giftes und deutet auf eine Störung im Centralnervensystem in dessen höher gelegenen Centren und nicht auf Störungen im peripherischen Nervensystem hin. — Kleinere, langsamer zur Allgemeinwirkung gelangende Hg-Mengen bewirken keine deutlichen nervösen Symptome. Dagegen finden sich bald nach der Applikation relativ geringer Hg-Mengen die allerstärksten Nieren- und Darmerscheinungen. — Anatomisch dokumentiert sich die Schädigung des Nervensystems im ersten motorischen Neuron in primären degenerativen Veränderungen an den Zellen, nicht an den Fasern. Diese Veränderungen sind wahrscheinlich eine direkte Giftwirkung, keinesfalls sind sie die Folge einer bestehenden Kachexie oder urämischen Intoxikation. Sie finden sich in spärlicher Zahl und leichter Form schon bei Tieren, bei denen die Allgemeinerkrankung ihren Höhepunkt noch nicht erreicht hat, sowie bei Tieren, die ohne nervöse Erscheinungen der Nieren- und Darmkrankheit erlagen. — Die Fasersysteme des Rückenmarks, sowie die Rückenmarkswurzeln zeigen keine Veränderungen. — Wenn und soweit Tierversuche Schlüsse auf die menschliche Pathologie gestatten, ergiebt sich für diese die Folgerung, dafs nervöse Erscheinungen bei Gebrauch von Hg nur dann als Giftwirkung aufgefafst werden dürfen, wenn sie mit schweren Nieren- und Darmerscheinungen einhergehen. Dafs auch geringe Hg-Mengen, die nur zu ganz leichten Vergiftungserscheinungen führen, im Verlaufe einiger Wochen das Nervensystem schädigen können, ist nach den Ergebnissen der Tierversuche höchst unwahrscheinlich. Ob gewisse Krankheitserscheinungen beim Menschen auf die kombinierte Wirkung von Hg und anderen Noxen oder auf Idiosynkrasie gegen Hg zurückzuführen sind, darüber geben die Versuche keinen Aufschlufs, ebensowenig darüber, innerhalb welcher Grenzen Hg dem bereits kranken Nervensystem gefährlich werden kann. Den Angriffspunkt des Hg für das peripherische Neuron hat man in der Ganglienzelle zu suchen, nicht aber in einer der Komponenten des peripheren Nerven. Die Versuchsergebnisse widersprechen der Annahme einer Polyneuritis mercurialis. *Götz-München.*

Angioneurosen.

Die Serumexantheme bei Behandlung der Diphtherie mit Antitoxin. — Ihre Pathogenese und die Möglichkeit ihrer Verhütung, von Henry W. Berg. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 75.) In der New York Academy of Medicine behandelt Verfasser die Serumexantheme nach spezifischer Diphtheriebehandlung. Dieselben treten nach Hartung in 11,4%, nach dem deutschen Reichsgesundheitsamt in 8,1%, nach Verfassers im Hospital an 337 Kranken gemachten Beobachtungen in 24% der Fälle auf. Die Exantheme zerfallen in 4 Klassen: 1. einfache Erytheme, 2. scharlachartige, 3. masernartige, 4. dem Erythema multiforme (resp. Urticaria) entsprechende. Die ad 2 und 3 angeführten sind am seltensten. Die Ausbreitung kann eine diffuse oder häufiger umschriebene sein. Die Formen können bei demselben Individuum einander ablösen. Meistens besteht vor der Eruption Fieber, dessen weiteres Verhalten verschieden sein kann. Nephritis, Bronchopneumonie, Otitis media, Polyarthritis

können sich anschliefsen. Das masernartige Exanthem ist für die Prognose am bedenklichsten; es bricht erst nach 9—14 tägiger Inkubation aus. Die Dauer der Exantheme beträgt Stunden bis Tage; Recidive kommen vor; Desquamation kann folgen. Eingehend giebt Verfasser die Differentialdiagnose gegenüber Masern und Scharlach. — Die Ursache der Eruptionen sucht Verfasser in dem Tierblutserum als solchem; das Antitoxin ist unbeteiligt. Die Sera bestimmter Pferde erzeugen die Exantheme häufiger als diejenigen anderer; je gröfser die injizierte Menge, desto mehr Exantheme; Filtration des Serums durch ein feines Porzellanfilter vermindert dieselben bis auf ein Drittel. Deshalb ist prophylaktisch die Anwendung eines möglichst hoch titrierten Serums in filtrierter Form wichtig. — Die Entstehung des Exanthems erklärt Verfasser durch den Reiz, den toxische Serumbestandteile auf Blutgefäfse und Schweifsdrüsen ausüben. — In der Diskussion betont Piffard, dafs, solange das Antitoxin noch nicht isoliert ist, dessen Unschuld an der Entstehung der Exantheme nicht bewiesen werden kann. — Park bemerkt, dafs nicht nur verschiedene Pferde, sondern dasselbe Pferd zu verschiedenen Zeiten bald mehr, bald weniger Exantheme bewirkendes Serum giebt. — Zuweilen sind auch Schleimhäute ergriffen; dann besteht eine Neigung zu Bronchitis und Pneumonie. Die Entstehung infolge von Elimination durch die Haut wird von mehreren Rednern bezweifelt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Antipyrinexanthem, von Wechselmann. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1898. No. 21.) Verfasser schildert fünf von Köbner beobachtete Fälle von Antipyrinexanthem; sämtlich zeigten sie sich als vereinzelte rote erhabene Flecke oder Blasen lediglich an Lippen, Gaumen, Mundschleimhaut, Genitalien oder After, so dafs auch hier die Ähnlichkeit mit syphilitischen Exanthemen hervortrat. Häufig blieben nach Abheilung des Exanthems langandauernde Pigmentierungen zurück. *F. Hahn-Bremen.*

Das akute circumskripte Ödem, Sammelreferat von Schlesinger. (*Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1898. Bd. I.) Die Zusammenstellung der einschlägigen Beobachtungen ergiebt folgendes Krankheitsbild: Die Affektion entsteht höchst wahrscheinlich auf nervöser Basis, eine Gelegenheitsursache bringt die Krankheit zum Ausbruche. Als veranlassende Momente werden angegeben: physische Erregung, Neurasthenie, Hysterie, Basedowsche Krankheit, Eintritt der Menses, sowie des Klimakteriums, gastro-intestinale Störungen, wie Obstipation, harnsaure Diathese, Rheumatismus, organische Nervenläsionen, Trauma, Temperatureinwirkungen, Lues, Alkoholgenufs. — Die Krankheit scheint sich in manchen Familien zu vererben und zwar vorzüglich auf die männlichen Familienglieder, während die nicht hereditären Formen bei beiden Geschlechtern gleich häufig sind. Die Affektion kommt in jedem Lebensalter vor. — Die Krankheit ist charakterisiert durch das Auftreten von akuten, schmerzlosen, verschieden grofsen Schwellungen der Haut und der tiefer gelegenen Gebilde, mitunter auch der Schleimhäute einzelner Körperregionen. Der Urin bleibt stets frei von Albumen. Die affizierten Hautstellen sind zumeist weifslich, manchmal blafsrosa. Die Schwellungen sind scharf begrenzt oder diffus und bewirken starkes Jucken. Bisweilen kommt es an den erkrankten Stellen zu Blaseneruptionen. Dem Ödem geht manchmal eine Urticariaeruption oder eine eigenartige Hautzeichnung voraus. — Schwellungen der Schleimhäute und der inneren Organe stellen schwere, zum Teile lebensgefährliche Komplikationen dar; es können Schluckbeschwerden, schwere Dyspnoe, Glottisödem auftreten. Beteiligung des Intestinaltraktus kann heftige Schmerzen in der Magengegend, Brechneigung, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Koliken mit Meteorismus und Durchfällen oder Obstipation verursachen. Gastro-intestinale Störungen spielen bei der familiären Form eine grofse Rolle; sie treten mitunter vollkommen periodisch ein. Manchmal scheinen die Nieren beteiligt zu sein, es kann Hämaglobinurie oder

Verminderung der Urinausscheidung auftreten. Erscheinungen von seiten des Herzens, Dilatation, sind selten. Häufig dagegen sind cerebrale Symptome (Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, Schlafsucht). Schwere Allgemeinerscheinungen fehlen zumeist. — Das Wesen der Affektion scheint in der Wiederkehr der Anfälle zu liegen. Die Krankheit ist demnach chronisch. — Die Therapie hat zunächst die Ursachen zu beseitigen. Zur Verkleinerung des vorhandenen Ödems werden entsprechende Bewegungen der Gliedmaſsen und Massage der erkrankten Partien, zur Verringerung von Schleimhautschwellungen künstliche Hervorrufung von Hauteruptionen durch Reizmittel empfohlen. *Götz-München.*

Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme bullosum, von Greig. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* Juli 1898.) Der Patient erkrankte mit starker Hitze und Jucken an den Beinen, es zeigten sich erhabene rote Flecke, auf denen rasch Blasen aufschossen; später breitete sich die Erkrankung auf die Arme und den Rücken aus, hier in Form des Herpes Iris. Die Erkrankung bestand einige Wochen und besserte sich rasch, sobald man anfing, Chinin mit Eisen zu geben. *F. Hahn-Bremen.*

Pellagra, von v. Düring. (*Eulenburgs Real-Encyklop.* Bd. 18.) In der Fachlitteratur des verflossenen Jahrhunderts finden wir das Symptomenbild der Pellagra noch nicht vor. Deren Erscheinungen wurden bald als Lepra graecorum oder arabum, bald als Scharbock oder Erysipel angesprochen. Allmählich erst rang sich die Überzeugung durch, daſs man es hier mit einer selbständigen Krankheit zu thun habe. Eines der hervorstechendsten Krankheitszeichen, die Rauhigkeit und Röte der Haut, gaben der Krankheit den Namen (Pelle und agra). Doch auch heute noch sind die Meinungen der Autoren über diese Krankheit geteilt; während die meisten Forscher die Pellagra für eine Krankheit sui generis erklären, sehen andere in dem Symptomenkomplexe nur ein Zusammentreffen verschiedener durch soziale Schädlichkeiten verursachten Erkrankungen. Nach den Erfahrungen der besten Krankheitskenner jedoch ist die Pellagra eine Intoxikationskrankheit, mit welcher der gewohnheitsmäſsige Genuſs verdorbenen Maises in ursächlichem Zusammenhange steht. Ein endemisches Auftreten beobachten wir in Landstrichen, deren Bevölkerung ausschlieſslich von Mais lebt, wie in Norditalien, Teilen Österreichs, Ruſslands und Kleinasiens. Die Pellagra ist ein chronisches Leiden, dessen Exacerbationen meist in das Frühjahr fallen. Der Beginn erfolgt unter nervösen und Verdauungsstörungen mit oder ohne Exanthem. Spätere Nachschübe tragen mehr den Charakter allgemeiner Kachexie mit überwiegenden nervösen Affektionen. Prodromalerscheinungen gehen meist voraus. Im Winter vor Ausbruch der Krankheit oder mehrere Winter vorher treten bei Pellagrösen physische und psychische Unbehaglichkeiten aller Art auf. Unter Remissionen im Frühling und Sommer können so Jahre vergehen, bis die Krankheit akut auftritt. Die Verdauungsbeschwerden steigern sich, Schwindel und Ohnmachten treten auf, und die Frühlingssonne ruft auf der Haut gewisse Erscheinungen hervor. Es zeigen sich rote Flecke auf der Haut, welche von höherer Temperatur sind und bei Berührung schmerzen. Handrücken, Gesicht, Hals, Nacken, Füſse werden der Reihe nach befallen, überhaupt alle unbedeckten Körperregionen. Meist betreffen diese das Hautniveau kaum überragenden lebhaft roten Stellen, die dem Erysipel ähneln, gröſsere Flächen, seltener sind es isolierte Inseln. Fieber besteht meist nicht. Daſs im Sommer der Zustand sich bessert, beruht nach Tuczek darauf, daſs zu dieser Jahreszeit auch Obst und Gemüse genossen werden. Den Eindruck eines Gesunden macht der Pellagröse jetzt gleichwohl auch nicht. Die befallenen Stellen zeigen jetzt an Stelle des Erythems eine trockene Schuppung. Mit den Jahren greift der Prozeſs immer mehr um sich, und die Pellagra tritt in ihr zweites Stadium, indem die In-

testinalerscheinungen in den Vordergrund treten. — Ekel vor der Nahrung und fortwährender Brechreiz, hartnäckige Durchfälle oder Verstopfung quälen die Patienten. Bei den herunterkommenden Kranken wird die Haut infolge des Fettverlustes welk und fahl, die Wangen fallen ein, Stomatitiden treten auf mit Foetor ex ore, die belegte Zunge zeigt tiefe, nach Neusser pathognomonische Einkerbungen; Schlingbeschwerden und Durst, Schlaflosigkeit und Sehstörungen peinigen den Pellagrösen. Die Epidermis zeigt Risse und Schrunden, löst sich teilweise in Fetzen ab und ist mit Krusten und Borken bedeckt. Auch in diesem Stadium ist eine vorübergehende sommerliche Besserung möglich. Jedoch nimmt das Leiden mit dem Winter immer wieder mehr zu, besonders gesellen sich jetzt allerlei spinale und cerebrale Erscheinungen, wie Melancholie, Manie, Hallucinationen und Delirien, Parästhesien, Kontrakturen, Muskelschwäche, Krämpfe und Lähmungen hinzu. Tuczek führt ferner als eine bekannte Erscheinung dieses Stadiums die krankhafte Neigung, sich ins Wasser zu stürzen, an. Die Kachexie führt allmählich zum Tode. Nicht selten endigt die Krankheit unter dem Bilde des Typhus pellagrosus mit einer intensiven Steigerung aller Erscheinungen (Delirium, Fieber). Die Dauer des Leidens kann 10—15 Jahre betragen, wobei nicht immer der terminale Grad erreicht wird. Wenn das pellagröse Exanthem fehlt, müssen Krankengeschichte und Krankheitsverlauf zur Feststellung der Diagnose herangezogen werden. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind folgende: Erstens: chronischer Katarrh des Magens mit submukösen Blutungen und oberflächlichen Geschwüren. Atrophie der Darmwand. Die unteren Abschnitte des Darmes zeigen von den Peyerschen Drüsen ausgehende Hyperämie und Geschwürsbildung. Zweitens: Pigmentablagerung in den Ganglien- und Leberzellen, im Herzmuskel und in der Milz. Drittens: die allgemeinen Zeichen der Kachexie; Atrophie und Verfettung der inneren, besonders der vom Vagus versorgten Organe, teilweise atheromatöse Prozesse an der Aorta sowie Endocarditis. Viertens: Veränderungen in den peripheren Nerven, Ganglien und Gehirn, die nichts Typisches an sich haben; ferner Degenerationen der Hinterstrang- und Pyramidenstrangbahnen. Belmondo definiert die Pellagra als eine Krankheit, bei welcher immer systematische, kombinierte und primitive Degenerationen im Rückenmark auftreten, begleitet von Entartung der Ganglienzellen und chronischer Leptomeningitis und Arachnitis spinalis. — Die Pathogenese weist darauf hin, dafs die Pellagra eine Intoxikationskrankheit ist. Majocchi und andere Autoren erklären sie für eine Darmmykose infolge der Aufnahme des Bacillus maidis. Dieser Pilz kommt jedoch nicht konstant in den Faeces, geschweige gar in dem Blute Pellagröser vor. Die Theorie Lombrosos hat mehr Wahrscheinlichkeit für sich. Nach ihr ist die Krankheit eine Vergiftung durch Produkte einer chemischen Umwandlung des Maises, die unter Mitwirkung an und für sich unschädlicher Mikroorganismen entsteht. Aus verdorbenem Mais hergestelltes Extrakt (Pellagrosein) und Öl vermögen pellagraähnliche Erscheinungen hervorzubringen. Lussana und andere Autoren haben Lombrosos Theorien lebhaft bekämpft und die Krankheit für eine Folge chronisch andauernder inkompletter Inanition erklärt. Nach Winternitz und Besnier giebt es keine Krankheitsentität, die den Namen Pellagra verdient. Es bieten mehrere, ihrer Natur nach verschiedene Kachexien gleiche Zustände dar, die ihre Ursache im physiologischen Elend haben, und weisen Symptome auf, die man speziell der Pellagra hat zuschreiben wollen. Gaucher und Balli erklären das Exanthem der Pellagrösen für ein einfaches Erythem, das sich bei Kachektischen entwickelt, besonders auch bei Alkoholikern häufig aufzutreten neigt. Für solche Fälle hat man andererseits wieder die Bezeichnung Pseudopellagra gewählt. Die Therapie vermag nur im Beginne des Leidens durch Hebung der Kost und Besserung der hygienischen Verhältnisse und seelische Einwirkung Heilung zu bringen. Die prophylaktische Be-

kämpfung der Krankheit ist Aufgabe der ärztlichen Wissenschaft und ihrer Diener. Die zur Ernährung verwendeten Maissorten müssen kontrolliert werden, vor allem mufs der Mais immer reif sein. Fleischkost, gutes Trinkwasser und Hebung der sozialen und hygienischen Verhältnisse sind von hauptsächlicher Bedeutung.

Hopf-Dresden.

Verschiedenes.

Beitrag zur Asepsis und Kosmetik der Hautnaht, von Colmann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 21.) Der Verfasser beschreibt eine percutane Naht, welche die oberste Schicht der Haut mit ihren bakterienhaltigen Drüsenmündungen vollständig vermeidet: an dem einen Wundwinkel wird die mäfsig stark gekrümmte Nadel in die Cutis eingestochen, durch die Cutis unterhalb der Epidermis ein Stück weit durchgeführt und ausgestochen, dann in derselben Weise durch den gegenüberliegenden Wundrand durchgeführt; die Einstichstelle mufs behufs besserer Adaptierung immer ein wenig näher zu dem Wundwinkel, wo begonnen wurde, angelegt werden als die Stelle des zuletzt geschaffenen Ausstichs. Ist man bis zum anderen Wundwinkel gelangt, so lassen sich die Wundränder durch Zug an beiden Enden des Fadens glatt aneinander legen, die Enden werden mit mäfsiger Spannung auf je ein Gazeröllchen geknüpft. Zur Entfernung des Fadens wird durch Anheben einer Gazerolle ein Stück aus der Wunde herausgezogen und möglichst dicht an der Haut durchschnitten, dann läfst sich der ganze Faden leicht am andern Ende herausziehen. Der Wundverlauf nach einer derartigen Naht war bisher stets ein idealer. Auch in kosmetischer Beziehung ergiebt die Naht die denkbar besten Resultate.

Götz-München.

Demonstration einer Togonegerin mit Filaria medinensis von Senator jun. (Verein f. inn. Med. in Berlin, Sitz. v. 20. Juni 1898). Verfasser giebt zunächst die bekannte Beschreibung der Filaria medinensis. Meist siedelt sich der Wurm an peripheren Stellen an (Arm, Oberschenkel, Scrotum, am häufigsten an der als typisch geltenden Stelle, in der Gegend der Malleolen). Hier war die Gegend des rechten Malleolus externus befallen. — Die Filaria findet sich gewöhnlich nicht sehr tief unter der Haut in den oberflächlichen Muskelinstertitien, wo sie eine entzündliche, phlegmonöse, später in Eiterung übergehende Schwellung hervorruft. Die Natur des Abscesses wird erst klar, wenn der Wurm aus der Wunde hervortritt. — Da dieser die Neigung zeigt, spontan die Wunde zu verlassen, da andrerseits eine Verletzung des Wurmkörpers den Uterus eröffnet, und die zahlreich austretenden Embryonen die Wunde infizieren, wodurch schwere, weit um sich greifende Phlegmonen veranlafst werden, so ist jede aktive Therapie zu vermeiden, höchstens täglich ein gelinder Zug am Wurmkörper auszuüben und nach dem Gebrauch der Neger zur Verhinderung des Rücktretens der Wurmkörper einfach anzuschlingen, wie es auch in diesem Falle geschah. — Sind die Wurmteile eine Zeit lang aufserhalb der Wunde gewesen, so schrumpfen sie zu einem ganz dünnen, feinen Draht zusammen. — Bei einem anderen Mitgliede der Togogruppe wurde ebenfalls eine Schwellung auf dem Fufsrücken in der Nähe der grofsen Sehnenscheiden beobachtet, die wahrscheinlich auch durch Filaria medinensis verursacht wurde, was die weitere Beobachtung ergeben soll. *J. Bloch-Berlin.*

Fig. 1.



Fig. 2.

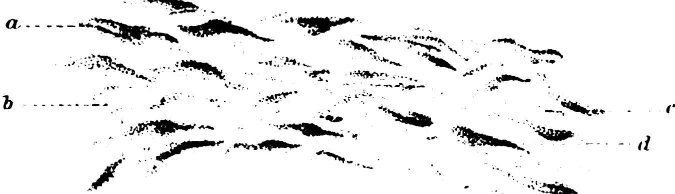


Fig. 3.

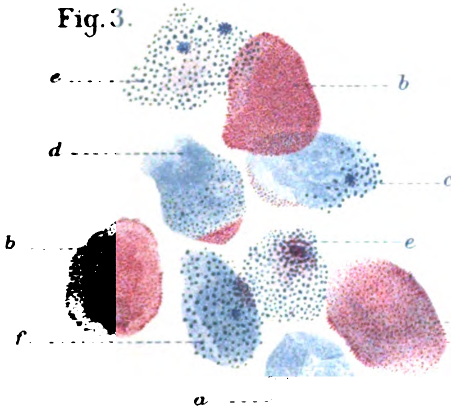


Fig. 4.

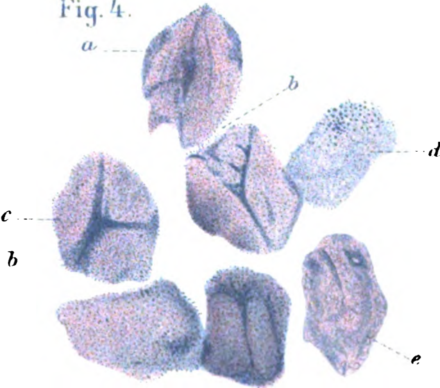


Fig. 5.

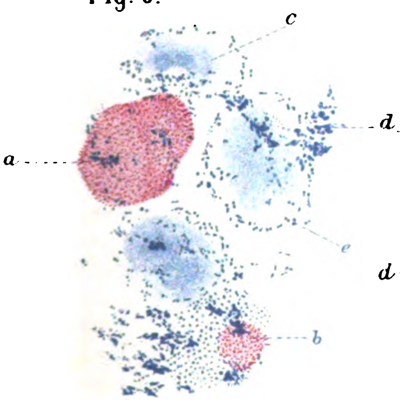
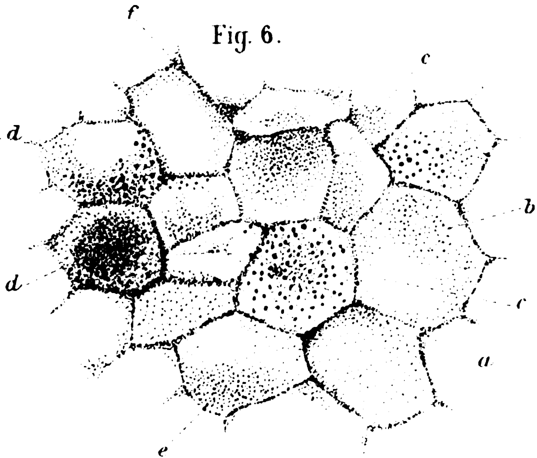


Fig. 6.



MacLeod.

Verlag von Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. №. 2. 15. Januar 1899.

Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von Atrophia idiopathica.

Von

Dr. P. Colombini,
Privatdocent für Dermatologie und Syphilis an der k. Universität zu Siena.

In Anbetracht der wirklich grofsen Seltenheit dieser Hautaffektion, des Mangels an vollständigen histologischen Untersuchungen über dieselbe, der Wichtigkeit, ja der Eigentümlichkeit dieses Falles von Hautatrophie fühlte ich mich bewogen, denselben zu publizieren.

Die anderen bereits bekannten Fälle, welche dem unsrigen am nächsten kommen, sind diejenigen von Buchwald,[1] Behrend,[2] Touton,[3] Pospelow,[4] Kaposi.[5]

Der unsere wäre somit der sechste, zeigt aber, verglichen mit den anderen, ganz besondere Eigentümlichkeiten.[6]

Krankengeschichte.

Theresa N., 55 Jahre alt, verheiratet. Giebt an, dafs ihre Eltern und Verwandten stets gesund waren und niemals an einer Hautaffektion irgend welcher Art gelitten haben. Mit 15 Jahren menstruiert; Perioden stets regelmäfsig; verheiratete sich im Alter von 25 Jahren; 4 normale Geburten, wovon die letzte im Alter von 35 Jahren; alle Kinder gesund und kräftig.

Die Patientin hat aufser leichten Fieberanfällen weiter an keinen Krankheiten gelitten. Andererseits giebt sie an, dafs sie sich nach allen ihren Geburten und be-

---

[1] Buchwald, Ein Fall von diffuser idiopathischer Hautatrophie. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1883, pag. 554.

[2] Behrend, Ein Fall von idiopathischer angeborener Hautatrophie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1885, pag. 88.

[3] Touton, Ein Fall von erworbener idiopathischer Atrophie der Haut. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1886, pag. 118.

[4] Pospelow, Cas d'une atrophie idiopathique de la peau. *Ann. de Derm. et Syph.* 1886, No. 9.

[5] Kaposi, Lehrbuch. 1893, pag. 711. — Verhandlungen der Wiener dermatol. Gesellsch. Sitzung v. 24. März 1897. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. II, pag. 413.

[6] Die vorliegende Arbeit war bereits dem Drucke übergeben, als ein weiterer Fall veröffentlicht wurde: Neumann, Über eine seltene Form von Atrophie der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898.

sonders nach der Laktation weniger kräftig fühlte als zuvor, hat aber stets ihre zeitweise sehr strenge Arbeit verrichtet, ohne üble Folgen zu verspüren. Der Beginn ihrer jetzigen Affektion läſst sich auf Februar 1896 zurückführen.

Die Patientin war von einem intensiven Feuer in der Küche hinweg in strömendem Regen stark durchnäſst worden und gleich danach an ihre begonnene Arbeit zurückgekehrt. Am Abend verspürte sie etwas Müdigkeit und am folgenden Morgen bemerkte sie an den Beinen rote Flecken von verschiedener Gröſse, welche die umgebende Haut nicht überragten und schmerzlos waren. Im weiteren Verlaufe nahmen diese Flecken an Umfang und Zahl noch zu, breiteten sich über die Oberschenkel, Arme, Vorderarme und den Rumpf aus, an letzterer Stelle jedoch nur spärlich. Endlich wurden auch die Hände und Füſse befallen.

Fieber will die Patientin keines bemerkt haben.

Während sich die Flecken immer weiter ausdehnten, nahmen allmählich die zuerst aufgetretenen ein anderes Aussehen an und mit ihnen auch die ganze Haut überhaupt. Die letztere wurde dünner, trocken, runzelig. Die Lymphdrüsen am Nacken, in den Achselhöhlen, in den Leisten vergröſserten sich. Gleichzeitig machten sich subjektive Erscheinungen bemerkbar: die Patientin, welche zuvor den Temperaturunterschieden gegenüber empfindlich gewesen war, klagte über ein beständiges Kältegefühl und besonders lästig erwies sich ihr die Berührung mit der Leibwäsche; ferner stellte sich ein zwar nicht intensives aber konstantes Jucken und ein rasch zunehmender Kräfteverfall ein.

Status praesens. 12. September 1896. Regelmäſsiger Knochenbau, Muskulatur mäſsig entwickelt.

Auf der Haut des ganzen Körpers, besonders aber in der Gegend der Schulterblätter, der Arme, der Vorderarme, der Hände, an den seitlichen Rumpfpartien, den Oberschenkeln, den Knien, den Beinen und Füſsen konstatiert man hochgradige Veränderungen: sie hat ihre normale Elasticität verloren und hängt in groſsen welken Falten über die darunter liegenden Partien herunter. Die Epidermis ist überall glänzend, leicht schuppend und fühlt sich rauh, runzelig oder feingefältelt an, wie ein zerknittertes Stück Papier. Die Haut hat ferner ihre normale Färbung verloren, sie ist dunkelrot, fast bläulich und die Ausführungsgänge der Haarfollikel sind unkenntlich geworden. An anderen Stellen bemerkt man ein Dünnerwerden der Haare, die auſserdem ihre Farbe verlieren und kürzer erscheinen. Bei der Berührung zeigt die Haut nicht ihre normale Temperatur, sondern fühlt sich kälter, auſserdem trocken, lederartig an. Hebt man eine Hautfalte auf und läſst sie zwischen den Fingern gleiten, so konstatiert man, daſs sie bedeutend verdünnt ist, so zwar, daſs sie stellenweise auf Papierdünne reduziert ist. Das Unterhautzellgewebe ist beinahe vollständig verschwunden. An der Ferse z. B. kann man die Haut eine ziemliche Strecke weit von den unterliegenden Partien abheben, und die so entstandene Hautfalte gleicht sich nur sehr langsam wieder aus.

Durch diese so verdünnte Haut sieht man nun nicht nur die gröſseren Venen, sondern auch die kleineren Gefäſse durchscheinen, besonders wenn man sie in groſsen Falten abhebt und diese gegen ein Licht hält. An vielen Stellen, besonders aber an den Händen, sieht man auch die an ihrer gelblich-weiſsen Farbe kenntlichen Extensorensehnen durchscheinen. An den seitlichen Partien der Handteller konstatiert man dieselben Erscheinungen, weiter gegen die Handteller zu verläuft sich die dunkelrote Färbung allmählich und wird heller. Auch hier so wie auf der Palmarfläche der Finger ist die Haut auſserordentlich verdünnt, weich, zart und läſst sich in Falten abheben. Furchen und Linien sind hier überall verschwunden.

An den Ellenbogen und Knien bildet die Haut zahlreiche und feine Falten, die koncentrisch angeordnet sind und das Aussehen einer durchschnittenen Zwiebel haben.

Dieselben Erscheinungen konstatiert man an den Fufsrücken, wo das blaue Venennetz wieder aufserordentlich deutlich sichtbar ist. An den Handtellern und Fufssohlen ist die Haut ebenfalls sehr dünn, beweglich und zart; sie ist hier von rosaroter Farbe.

Die Fingernägel sind bedeutend verdünnt, zeigen aber sonst, wie auch an den Füfsen, keine anderen Veränderungen.

Die Beweglichkeit der Glieder ist in keiner Weise gehindert oder verändert.

Läfst man auf die Haut künstliche Kälte einwirken (mittelst Chloroform, Menthol etc.), so gelingt es einem nirgends, das Phänomen der Gänsehaut zu erzeugen. Die mittelst Pilokarpininjektionen künstlich erzeugte Schweifssekretion war erhalten geblieben, nur etwas vermindert. Bedeutend beeinträchtigt schien aber die Talgdrüsensekretion zu sein, von welcher Erscheinung jedenfalls die grofse Trockenheit der Haut abhängt.

Tastgefühl. Die Patientin fühlt deutlich jede, auch die leichteste Berührung und lokalisiert scharf die Berührungsstelle und den Grad des ausgeübten Druckes; sie unterscheidet ferner ganz gut alle Gröfsen- und Formunterschiede. Genauere Messungen mit dem Weberschen Zirkel ergaben folgende Zahlen: Hals 50 mm; Arme 85; Vorderarme 55—45; Handrücken 40; Fingerbeeren 8 etc.

Wärme- und Schmerzgefühl. Dasselbe wurde mit den Instrumenten von Eulenburg gemessen und ergab nichts Besonderes.

Nichts Abnormes von seiten der Haut- und Schleimhautreflexe, des Geschmackes, der Muskelkraft.

Die Lymphdrüsen des Nackens, der Achselhöhlen, der Leisten sind vergröfsert, von derbelastischer Konsistenz, beweglich, indolent; in der Leistengegend erreichen einige Drüsen den Umfang einer Baumnufs.

Die Schleimhäute sehen vollständig normal aus.

Die inneren Organe fanden wir alle in normalem Zustande; der Puls war vielleicht etwas verlangsamt, die Körpertemperatur nicht erhöht. Die Untersuchung des Urins ergab ein vollständig negatives Resultat; enthält keine abnormen Bestandteile (Urotoxischer Koeffizient 0,382).

Die Behandlung bestand in der Applikation von Salicylsalben, Einreibung mit Kaliseife und innerer Darreichung von Arsenik, hatte aber einen äufserst geringen Erfolg.

Histologische Untersuchung.

Noch bevor mit der Behandlung begonnen wurde, excidierten wir aus dem rechten Vorderarm und dem rechten Handteller, aus dem linken Ober- und Unterschenkel kleine Hautstücke, welche in der üblichen Weise behandelt wurden: Fixation in Müllerscher, Ehrlichscher, Kleinembergerscher und Flemmingscher Lösung, in Sublimat, Einschliefsen in Paraffin und Celloidin, Färben in Boraxkarmin, Alaun- und Pikrokarmin, Methylenblau, Safranin, Hämatoxylin. Zum Nachweise der Hautnervenendigungen verfuhr ich nach der Methode von Stöhr (Goldchlorid), gelangte aber nicht zu sehr glänzenden Resultaten. Weit besseren Erfolg erzielte ich mit der Methode von Unna.[7]

[7] Unna, Die Nervenendigungen in der menschlichen Haut. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie.* 1885.

In der Epidermis haben wir die Hornschicht bedeutend verdünnt gefunden; in den oberflächlichsten Lagen der Epidermiszellen sind die Lamellen weniger kompakt, gekörnt, dünner. Das Stratum lucidum ist gleichmäßsig und ebenfalls stark verdünnt. Auf einzelnen Schnitten läßst es sich noch deutlich als ein äußserst dünner Streifen nachweisen, der die Körner- von der Hornschicht trennt; auf anderen Schnitten dagegen gelingt dieser Nachweis auch da nicht mehr, wo das Stratum lucidum unter normalen Verhältnissen leicht sichtbar gemacht werden kann, wie z. B. an den Handtellern.

Das Stratum granulosum ist ebenfalls stark verändert und reduziert; an einzelnen Stellen bildet es nur noch eine einzige Reihe von spindelförmigen Zellen oder fehlt sogar vollständig. Der Übergang der abgeplatteten Zellen der Hornschicht in die polygonalen ist ein ziemlich plötzlicher, ja an einigen Stellen gehen diese beiden Schichten ohne Zwischenstadium unmittelbar in einander über. Die Keratohyalinkörner sind in den Pikrokarminpräparaten äußserst spärlich.

Ebenfalls bedeutend verändert ist die Stachelzellenschicht. Sie ist atrophiert, ihre Zellen verkleinert und sehen wie ausgetrocknet aus; ihre Ränder sind undeutlich geworden, und stellenweise ist der Kern deformiert und hat eine halbmondförmige Gestalt angenommen, mit der Konvexität nach der Peripherie der Zelle hingerichtet. Ebenso erscheinen die Cylinderzellen viel kleiner als gewöhnlich, haben aber ihre normale Gestalt beibehalten. Gleichzeitig konstatiert man eine vermehrte Anhäufung eines bräunlichen, gekörnten Pigmentes.

Die Cutis ist sowohl in ihren oberflächlichen wie in ihren tieferen Schichten ebenfalls stark modifiziert. Die hauptsächlichsten Veränderungen scheinen in einer gewissen Dilatation der Kapillaren zu bestehen, welche stellenweise Ausbuchtungen und Einschnürungen aufweisen; außserdem sind die Papillen so stark verkürzt und abgeplattet, daßs sie kaum noch sichtbar sind, und die Linie, welche die Epidermis von der Cutis trennt, kaum noch geschlängelt erscheint. Infolge dessen sieht die Cutis bedeutend verdünnt und reduziert aus. In der Nähe einzelner Kapillaren konstatiert man kleinere, aus Blutbestandteilen und Pigmentmassen bestehende Ansammlungen. In der Umgebung einiger Gefäßse bemerkt man kleinzellige Infiltration. An anderen Stellen sind die Gefäßse dilatiert. Auf Längsschnitten erscheinen einige Gefäßse dilatiert und ihre Wandungen wie ausgedehnt und mit einem aus zusammengepreßsten und verlängerten Zellen ausgestatteten Endothel versehen. Ihr Lumen ist dicht mit Blutkörperchen angefüllt. Andere Gefäßse sind nicht dilatiert und sehen normal aus. Die Lymphspalten und -gefäßse haben ebenfalls ein normales Aussehen, ihr Endothel nimmt die Farbstoffe gut auf und ist nicht verändert; nur an

einigen wenigen Stellen der zahlreichen Präparate sind die Lymphspalten stellenweise etwas dilatiert.

Bei genauerer Untersuchung haben wir in den horizontalen Muskeln des Derma eigentümliche Veränderungen konstatieren können: dieselben waren an einzelnen Stellen aufgetrieben, an anderen atrophisch und der Sitz einer zwar nur leichten, aber immerhin deutlichen, kleinzelligen Infiltration, die aus kleinen, jugendlichen, rundlichen, ein- oder mehrkernigen Elementen besteht; die jüngeren unter ihnen nehmen die Farbstoffe gut auf, die älteren dagegen haben ein gekörntes Aussehen und sind blafs. Andere haben eine ovale oder auch spindelförmige Gestalt. Die Musculi obliqui sind vollständig, die Erectores pilorum beinahe gänzlich verschwunden, und findet man in der Umgebung der Haarfollikel nur noch dünne, atrophische Bündelchen.

Diese Veränderungen an den Hautmuskeln, verbunden mit noch anderen, wovon weiter unten die Rede sein wird, erklären uns das Fehlen der Gänsehaut und das welke, trockene Aussehen der Haut, sowie die Bildung der zahlreichen Falten.

Die Haarfollikel sind atrophisch und in der Umgebung einiger derselben konstatiert man kleinzellige Infiltration, nicht allein in den seitlichen Partien, sondern auch viel tiefer, in der Umgebung der Papillen. Die Haare selbst sind vollständig farblos und dünn. Einige von ihnen zeigten in ihrem Wurzelabschnitte verschiedene Einschnürungen, die auf atrophische Zustände zurückgeführt werden müssen.

Die Talgdrüsen sind etwas spärlich und in ihrem Volumen reduziert; sie erscheinen verkürzt und ihr Durchmesser auf Querschnitten breiter als unter normalen Verhältnissen.

Die Glomeruli und Ausführungsgänge der Knäueldrüsen nähern sich in ihrer Form den fötalen Drüsen; erstere sind flacher und an den Ausführungsgängen sind keine Spiralen und Windungen zu sehen, wie man dies gewöhnlich findet; sie verlaufen vielmehr in vollständig senkrechter Richtung und verlaufen in gerader Linie der Ausgangsöffnung zu. Betrachtet man die Glomerulusschläuche auf Querschnitten, so findet man weder im Kanale selbst noch in ihren Epithelien irgendwelche Veränderungen; nur die Wandung erscheint etwas verdünnt und in ihrer Umgebung konstatiert man in diesem Falle etwas kleinzellige Infiltration.

Das Unterhautzellgewebe ist so zu sagen vollständig verschwunden.

Zum Nachweis der elastischen Fasern bin ich nach den Methoden von Martinotti (Safranin), von Mibelli, besonders aber von Taenzer-Unna mit den Modifikationen von Mibelli verfahren: Färbung der Schnitte in Alaunkarmin, darauf 24 Stunden in eine Lösung von Orcein 0,20, Alkohol à 90° 60, Aqua dest. 16, HCl 0,1; Entfärbung in gewöhnlichem

und sodann in absolutem Alkohol; Balsam. Zuletzt habe ich auch die Methode von Schütz angewendet: Fixation in Flemmingscher Lösung, Einlegen (5 Minuten) in eine Mischung, bestehend aus 2 Teilen einer wässerigen Pikrinsäurelösung und 1 Teil Karbolfuchsin. Die elastischen Fasern waren in der Cutis nur spärlich vertreten, dünn, zart, blafs, leicht geschlängelt und parallel zur Oberfläche verlaufend; selten nur sieht man welche in senkrechter Richtung abgehen. In den Papillen findet man nirgends die gewöhnliche, normale, netzförmige Anordnung der elastischen Fasern, welche vielmehr ziemlich spärlich und unregelmäfsig angeordnet sind. Sie geben die gewöhnliche Elastinreaktion mit saurem Orcein, haben aber ein von dem normalen verschiedenes Aussehen, zeigen nur spärliche Anastomosen und sind meist bis auf kurze isolierte Fragmente reduziert, die einen schwach gekrümmten Verlauf haben und sich in verschiedener Richtung durchqueren. Man darf annehmen, dafs die elastischen Fasern gröfstenteils verschwunden sind und zwar infolge eines krankhaften Prozesses, welcher schwere Ernährungsstörungen bis zur Atrophie des Gewebes herbeigeführt hat. In den oberflächlichsten Schichten haben wir ebenfalls elastische Fasern nachgewiesen, jedoch nur in spärlicher Anzahl, sehr dünn und wenig verzweigt. Etwas reichlicher vorhanden waren sie im Bereiche der Knäueldrüsen, besonders um die Glomeruli herum und über denselben; doch waren sie auch hier sehr dünn, kurz, wenig geschlängelt, an Form und Zahl stark reduziert. In den Wandungen der Drüsen selbst sind sie aufserordentlich selten, während diese doch unter normalen Verhältnissen reichlich damit versehen sind, wo sie zwei Scheiden bilden, eine innere, cirkuläre, und eine äufsere, longitudinale. In unserem Falle ist aber nichts derartiges zu finden; man konstatiert hier nämlich blofs spärliche und unregelmäfsig angeordnete Fasern. Auch in den Talgdrüsen fehlt jene elastische Scheide, welche eine ziemlich beträchtliche Dicke aufweist, mit cirkulären Fasern, welche jeden Lobulus umgeben; in unseren Präparaten dagegen sind diese cirkulären Fasern nur ganz dünn und spärlich, obwohl man noch stellenweise eine Andeutung eines interlobulären Netzes nachweisen kann. Um die Haare herum, wo unter normalen Verhältnissen das elastische Netz reichlich entwickelt ist, konnte ich nur ganz wenige Fasern finden. Mit den Musculi erectores pilorum ist auch das diese sonst in Form einer Scheide umgebende dicke, elastische Fasernetz beinahe gänzlich verschwunden.

Im allgemeinen können wir somit sagen, dafs das elastische Gewebe von einem besonderen regressiven Prozesse befallen wurde, der, wenn auch nicht gerade zur vollständigen Zerstörung derselben geführt, die Fasern doch in Zahl, Dicke und Form bedeutend reduziert hat, so dafs sie in steife, mumifizierte Stränge umgewandelt worden sind.

Die Nervenendigungen zeigen keine Veränderungen. In einigen Prä-

paraten gelang es mir, dünne Nervenfasern nachzuweisen, die aber vollständig normal aussahen.

Parasitäre Formen irgend welcher Art waren mir nicht möglich zu finden. Ebenso fielen die Untersuchungen des Blutes und die Kulturversuche negativ aus.

Bei den bisher beobachteten und beschriebenen Fällen von progressiver, idiopathischer Hautatrophie wird gewöhnlich angegeben, dafs die Affektion eher in einem vorgerückteren Alter beginnt, meist auf einer oder beiden unteren Extremitäten, selten aber auf den oberen lokalisiert sei. Mein Fall ist vielleicht der einzige, wo sich die Dermatose in so kurzer Zeit über alle Gliedmafsen und sogar über den Rumpf ausgebreitet hat. Der Verlauf war nämlich hier ein rascher, indem in einem Zeitraum von 7 Monaten der krankhafte Prozefs sich über die ganze Haut ausgebreitet hatte. Derartiges findet sich in der Litteratur nirgends angegeben, ausgenommen vielleicht in dem Falle von Kaposi, über den er in der Wiener Gesellschaft für Dermatologie (März 1897) berichtet hat und wo der Verlauf ebenfalls ein sehr rascher war; die Lymphdrüsen waren beträchtlich angeschwollen, es bestand Jucken, Schlaflosigkeit und das Körpergewicht hatte um 17 kg abgenommen. Kaposi hatte für seine Dermatose die Bezeichnung „Atrophia idiopathica“ vorgeschlagen und da sich mein Fall mit dem seinigen so ziemlich deckt, sehe ich nicht ein, warum ich diese Benennung nicht beibehalten sollte. Sie scheint mir speziell für meinen Fall passender zu sein als die von anderen Autoren vorgeschlagene Benennung von progressiver idiopathischer Hautatrophie. Dergleichen Fälle haben zwar mit dem meinigen viel Ähnlichkeit, unterscheiden sich aber von ihm durch ihren Verlauf und die Art der Ausbreitung der Dermatose.

Die Gründe, warum wir die Diagnose einer Dermatitis atrophicans aufgestellt haben, erhellen klar aus der Krankengeschichte. Sowohl aus dem klinischen Bilde als aus der histologischen Untersuchung geht nämlich deutlich hervor, dafs es sich um eine Dermatitis mit Ausgang in Atrophie gehandelt hat, und zwar war diese Atrophie bereits sehr weit vorgeschritten und in allen Geweben stark ausgeprägt. Der beinahe vollständige Schwund des Unterhautzellgewebes hatte eine Auflockerung der Haut und die Bildung zahlreicher Falten, sowie die aufserordentliche Beweglichkeit der Haut zur Folge gehabt. Auf die beinahe vollständige Atrophie des elastischen Gewebes ist der Umstand zurückzuführen, dafs diese Hautfalten sich nur langsam und unvollständig wieder ausglichen. Von der Atrophie der Hautelemente hängt ferner das abnorme Durchscheinen der Venen durch die Epidermis hindurch ab. Ebenso verdankt die Haut ihre dunkelrote Färbung dem Durchscheinen des Kapillarnetzes. Infolge des beinahe

vollständigen Verschwindens des Stratum granulosum, welches der Haut ihre weiſse Farbe verleiht, indem es die auffallenden Lichtstrahlen reflektiert, wurden die tieferen Schichten und speziell das dichte Kapillarnetz des Derma deutlicher sichtbar. Die feine Desquamation war ihrerseits die Folge einer Ernährungsstörung im Rete Malpighii.

Unmöglich kann man die bei unserer Patientin beobachtete Affektion mit anderen Dermatosen vergleichen, welche zu atrophischen Zuständen führen. So hat sie nichts gemein mit der General Atrophy von Wilson oder Xeroderma pigmentosum von Kaposi, mit dem Angioma pigmentatum et atrophicum von Taylor, der Liodermia essentialis von Auspitz, der Liodermia essentialis cum melanosi et telangiektasia von Neisser, der Kaposischen Dermatose von Vidal, der Melanosis progressiva von Pick, dem Atrophoderma pigmentosum von Crocker, der Maladie pigmentaire oder Lentigo epitheliomatosa von Quinquaud und Barré, der Epitheliomatosis pigmentaria oder Pigmentosis epithelialis von Besnier. Ebensowenig scheint sie mir an die Seite der Sklerodermie in ihrem atrophischen Stadium gestellt werden zu können.

Bei diesen Affektionen bestehen nämlich Symptome, welche wir in unserem Falle gar nicht gefunden haben, so z. B. die starke Spannung, ein besonderer Glanz der Haut, eine eigentümliche Weiſse derselben, welche Erscheinungen entweder während des ganzen Verlaufs der Dermatose bestehen oder aber nur das Endstadium derselben darstellen. Ebenso kann nicht die Rede sein von einer senilen Hautatrophie.

Bei der Melanosis lenticularis progressiva konstatiert man auſser einer Verdünnung mit Glänzendwerden der Haut, einer vermehrten Spannung derselben und der darunter liegenden Gewebe, ein marmorartiges Aussehen der Haut, das von bräunlich-gelben Flecken herrührt; die letzteren sind von verschiedener Gröſse und zwischen ihnen sieht man oberflächliche glänzendweiſse Eindrücke, welche Blatternnarben ähnlich sehen; auſserdem sind die punktförmigen oder auch gröſseren und linearen Gefäſsdilatationen zu erwähnen. Die Affektion führt ferner auſserordentlich oft zur Bildung von Sarkomen und Carcinomen und zwar schon nach verhältnismäſsig kurzer Zeit. In der groſsen Mehrzahl der Fälle beginnt die Krankheit in der Kindheit.

In seinem Lehrbuche hat Kaposi ferner noch eine andere Form von Hautatrophie beschrieben, welche sich aber wieder von unserem Falle dadurch unterscheidet, daſs sie nicht fortschreitet, sondern stationär bleibt; die Haut bleibt dabei vollständig weiſs, blaſs, gespannt, legt sich nicht in Falten und läſst sich nur schwer von der Unterlage abheben. Sie beginnt in der Kindheit und bleibt das ganze Leben lang unverändert bestehen.

Mit der Sklerodermie kann unsere Affektion ebenfalls nicht verwechselt werden, indem das atrophische Sklerem nichts anderes darstellt als das

Endstadium der Sklerodermie der Erwachsenen, die stets mit einer Induration der Haut und einer Sklerose der Gewebe beginnt und der Haut das Aussehen einer gefrorenen Leiche gewährt. Auf diese Weise hat aber unsere Krankheit nicht angefangen, sie hat vielmehr ihre normale Weichheit beibehalten; die erste Erscheinung bestand im Auftreten von rötlichen Flecken, dem ein Dünnerwerden, eine Auflockerung und eine Atrophie der Haut folgte.

Unser Fall mufs also jenen wenigen zugezählt werden, welche als essentielle Hautatrophien beschrieben worden sind, und am meisten stimmt er mit dem von KAPOSI im vergangenen Jahre erwähnten überein.

Die Ätiologie dieser schweren Dermatose ist völlig dunkel: es ist keine andere Affektion vorausgegangen, es fehlt die Heredität, jede Läsion des Nervensystems, jede Art von Parasiten. Zu erwähnen wäre allenfalls nur, dafs sich die Patientin eine Erkältung zugezogen hatte, der sogleich eine Erhitzung der Haut gefolgt war. Dies scheint das einzige ursächliche Moment zu sein, das hier eventuell in Frage kommen könnte.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

(Aus der dermosyphilopathischen Klinik der k. Universität in Palermo, geleitet von Prof. TOMMASOLI.)

Der Syphilismus.

Vortrag,

gehalten in Recanati am 17. Sept. 1898 auf dem VII. Kongrefs der Ärzte aus den Marken

von

Prof. TOMMASOLI.

Meine Herren!

Unter den Anwesenden, die mich mit ihrer Gegenwart beehren, sehe ich viele, die nicht mehr jung sind, aber ich weifs nicht, ob hier ein ehrenwerter Repräsentant der Generationen gegenwärtig ist, welche ihre wissenschaftlich-medizinische Erziehung geleitet haben zu einer Zeit, als auf dem Gebiete der Pathologie die Diathesen herrschten.

Wenn er hier wäre, so würde es mir sehr angenehm sein, denn ich könnte ihm die frohe Nachricht mitteilen, dafs jene Begriffe, ja sogar jene Ansichten, welche ihm in seinen schönsten Jahren vertraut waren, jene Begriffe und jene Ansichten, für welche er vielleicht Verfolgungen und Verspottungen ausgesetzt war, wenn er mit den Jüngern der neuen

Schule zusammentraf, die nicht immer höflich und achtsam sind gegen diejenigen, welche es nicht verstehen, Meinungen und Theorien, die für die alten, aber ausgezeichneten Lehrer vorzüglich waren, zwanglos und leichten Herzens über Bord zu werfen, jene Begriffe und Ansichten haben jetzt das Feld zu neuen Triumphen offen.

Wenn er hier wäre, so würde es mir angenehm sein, denn ich möchte ihm, als erster, ankündigen, daſs ganz besonders sogar die Syphilis, welche nicht die letzte unter den hundert und mehr Diathesen von einstmals war und welche dann, als zweifellose Infektionskrankheit, besser als jede andere dazu geeignet war, die Thatsachen dafür zu liefern, die groſse Burg der Diathese siegreich anzugreifen, daſs sogar die Syphilis uns heute Gelegenheit dazu bietet, von neuem in der alten Sprache zu reden.

Nur darf er nicht glauben, daſs die Ansichten und Begriffe heute in derselben Form wieder zurückkehren, wie er sie mit Trauer begraben sah. Er darf nicht glauben, besonders in Betreff der Syphilis, daſs ich hergekommen bin, um ohne weiteres die Syphilis für eine Diathese zu erklären, schlankweg, gerade so, wie es ihm früher gesagt wurde. Jede Wissenschaft — und die unserige in dieser Beziehung mehr als alle anderen — ist wie eine Spirale, welche auf ihrem vorgeschriebenen Wege sich erhebt und sich in Trichterform erweitert. Genau auf den Punkt, durch welchen die Spirale einmal durchging, kann sie nie wieder zurückkommen; sie kommt zwar, und das notwendigerweise, wieder zurück, um nahe vorbeizugehen, aber stets ein wenig höher und weiter.

Es ist daher unmöglich, daſs sich hier das schöne Beispiel von Lazarus in einer vollkommenen Auferstehung der alten Theorien wiederholen sollte. Es ist aber wohl möglich, daſs man erkennt, daſs auch diejenigen, welche die unseren Alten teuren Theorien rücksichtslos begruben, nicht vollständig Recht hatten. Es ist aber wohl möglich, daſs sich ergiebt, daſs nicht alles von den alten Theorien das Grab verdiente. Es ist möglich, daſs eine Revision des Prozesses stattfindet, wenn auch hier die Schwierigkeiten und die Hindernisse unendlich sind, und daſs die Verurteilung, welche schon in so vielen Büchern geschrieben steht, gröſstenteils wieder aufgehoben werden muſs. Gerade in dem Nachweise dieser Möglichkeiten — welche dem ehrenwerten Repräsentanten der bald verschwindenden Generationen zu einem unaussprechlichen Trost gereichen müssen, wenn er wirklich je als Jüngling einen Gedanken und einen Glauben gehabt hat — in dem Nachweis dieser Möglichkeiten sehe ich gerade, am heutigen Tage, die Aufgabe meiner Konferenz.

Wer in den Vorlesungen, in den Monographien und auch in den neuesten Lehrbüchern unserer Lehrer nachfragt, was Syphilis ist, welches die Krankheitsursache ist, welches der Komplex der Krankheitserscheinungen ist, die heute unter dem Wort Syphilis verstanden werden

sollen; wie sie sich von Individuum zu Individuum, von Generation zu Generation fortpflanzt; welches die Beziehung ist, in welcher ihre Ursache zu ihren verschiedenen Manifestationen steht, oder welches die Pathogenese ist, welches der Mechanismus von allen diesen verschiedenen Manifestationen ist — der wird sich von allen mit phonographischer Genauigkeit und Monotonie antworten hören:

Syphilis ist eine chronische, der Tuberkulose sehr nahestehende Allgemeininfektion, welche als besonderen Charakter diese und jene Besonderheiten besitzt, die hier anzuführen nicht nötig ist, da sie allen bekannt sind, und welche ihr das Recht geben, sich spezifische Krankheit zu nennen.

Die Krankheitsursache, von der sie abhängt, ist noch vollständig unbekannt, denn, trotz des grofsen Aufsehens, welches der Bacillus von Lustgarten hervorrief, den einige noch immer anführen, als ob sie unter einer andauernden Suggestion ständen, und trotz des Beteuerns von Dr. van Niessen, dafs er das Syphiliskontagium wirklich entdeckt hat, und zwar in letzter Zeit, sind alle darüber einig, dafs keiner ihn isoliert hat, weder mikroskopisch, noch mit der chemischen Analyse, noch mit den viel sichereren Mitteln der Bakterienkulturen bestimmt hat.

Jedoch sind auch alle darüber einig, dafs sie von einem lebenden Keime dargestellt wird, und das geht schon daraus hervor, dafs es heutzutage Gewohnheit geworden ist, sie nicht mehr mit der alten nötigen Vorsicht syphilitisches Virus zu nennen, sondern fast alle sprechen schon mit der gröfsten Gemütsruhe von dem Mikrobion, ja sogar schon von dem Bacillus der Syphilis.

Der Komplex der Krankheitserscheinungen, welche unter dem Worte Syphilis verstanden werden, ist so grofs, und ihre Varietäten sind so reichhaltig, dafs es in einer Konferenz nicht statthaft ist, sie auch nur aufzuzählen. Ich sage blofs, dafs alle noch darunter die sog. primären, sekundären und tertiären Formen verstehen und alle wissen, mehr oder weniger, was diese drei schon alten Namen, angefangen von dem vielgestaltigen Initialsyphilom bis zu den spätesten Gummen, bezeichnen. Und es ist Fournier zu verdanken — wie ich meinerseits hinzufügen kann — wenn man unter dem Worte Syphilis nicht auch noch alle die anderen Formen versteht, welche wir unter dem Namen quaternäre Syphilis kennen lernten; es ist Fournier zu verdanken, dafs nicht auch die Lotteriegewinne der Syphilitischen mit zur Syphilis gerechnet werden, und höchstens, allerhöchstens, heute zu einer Nebenfamilie vereinigt werden, welche wir parasyphilitische Affektionen nennen.

In jeder ihrer drei Perioden ist die Syphilis übertragbar und sie hat vier Arten der Entstehung und der Übertragung, keine mehr, keine weniger: die eine, im extrauterinen Leben, von Individuum zu Indivi-

duum auf dem Wege des Kontagiums, entweder unmittelbar oder mittelbar; die anderen im intrauterinen Leben, sei es von den Eltern auf den Embryo, vermittelst dieses oder jenes oder beider Geschlechtsprodukte, sei es von der Mutter auf den schon gebildeten Fötus, auf dem Placentarwege, sei es von dem Fötus auf die Mutter auf demselben Placentarwege, aber, sozusagen, auf umgekehrtem Wege.

Was nun die Beziehung betrifft, welche zwischen der Infektion auf der einen und ihren Manifestationen auf der anderen Seite besteht, die unter sich so verschieden sind und möglicherweise auch so weit voneinander getrennt sind, so sind die meisten darüber einig und der festen Überzeugung, dafs es keine Manifestation, in keiner Periode und in keiner Form, giebt, ohne unmittelbares und direktes Eingreifen des Virus; andere haben schon mit FINGER angenommen, dafs, um gewisse Manifestationen hervorzurufen die Gegenwart des Virus unumgänglich nötig ist, während für andere die vom Virus präparierten Toxine genügen können; und noch andere stehen nicht an mit WARD anzunehmen, dafs alle syphilitischen Manifestationen das direkte und ausschliefsliche Produkt der von dem Mikrobion der Syphilis erzeugten Toxine sind: aber alle, und WARD mehr als alle, nehmen an, dafs bei der Pathogenese jeder Krankheitserscheinung, primärer oder tertiärer, das Virus stets gegenwärtig oder wenigstens nicht weit entfernt ist.

Dies sind die Antworten, welche die modernste und anerkannteste Syphilographie auf jene Fragen in den Vorlesungen, in den Monographien und in den Lehrbüchern erteilt, sodafs es für jedermann leicht ist, daraus zu schliefsen, dafs für die moderne Syphilographie die ganze Syphilis eine Infektionskrankheit und nichts anderes als eine Infektionskrankheit ist. Und ich selbst, der ich Ihnen hier die ersten schreienden Töne eines Kriegsgesanges bringe und die ersten Vorschläge zu einem Schisma, auch ich habe bis vor wenigen Jahren alles dies für bonum et laudabile gehalten. Ja ich war sogar gerade wie Paulus auf dem Wege nach Damaskus — denn im Jahre 1890, nicht weiter zurück, habe ich mich in einem Artikel: Sulla sifilide in genere e sulla terziaria in specie, öffentlich geweigert, meinem Freunde FINGER in der Ansicht zu folgen, dafs die tertiäre nicht in direkter pathogenetischer Beziehung zu dem Virus stehe — als eine Stimme mich auf dem Wege zurückhielt und mich zwang, die Dinge besser zu überlegen.

Diese Stimme, in Wirklichkeit, kam nicht von oben, denn erstens ging sie von Brüssel aus, sie ging also von Niederlanden aus; und zweitens ging sie von dem Munde des Doktors BOULANGIER aus, der so brav wie der fast homonyme General sein konnte, der aber für mich, der ich doch täglich einige Zeilen lese, vollkommen unbekannt war. Aber es war eine Stimme, welche das Echo von in jeder Hinsicht bedeutsamen Thatsachen verkündete, und die derartig war, dafs sie mich zu einer voll-

ständigen Bekehrung führte, und je mehr ich nachdachte, um so mehr trieb sie mich an, gerade so wie es nach Prof. SCHIATTARELLA Paulus erging, sie trieb mich nämlich dazu diese zwei revolutionären Ansichten anzunehmen, die, wenn auch nicht neu, so doch gewiſs verkannt und von jedem guten Syphilographen, der sich respektiert, verfolgt werden: 1. nicht alles das, was wir Syphilis nennen, ist Infektionskrankheit und 2. von dem, was wir hereditäre Syphilis nennen, ist der gröſste Teil nicht wahre Syphilis, d. h. wahre Infektionskrankeit.

Lassen wir heute die zweite Ansicht beiseite, denn ich habe sie schon viel früher als die erste in einer anderen Konferenz über denselben Gegenstand kurz berührt (Sifilide e Sifilismo. *Riforma Medica.* April 1896), und beschäftigen wir uns nur mit der ersten Ansicht.

Weshalb, wie, wo ist die Syphilis keine Infektionskrankheit? Das ist mein heutiges Problem: und die Antwort darauf werden Sie sehen ist nicht sehr schwer.

Die Syphilis besteht aus einer eminent chronischen Infektion. Die Syphilis wird von eminent verschiedenen Manifestationen vorgestellt. Es genügt, diese beiden indiskutiblen Prämissen vorauszuschicken, um ohne weiteres vor sich die Wege offen zu sehen, die uns dazu hinführen das Weshalb, das Wie und das Wo aufzufinden.

Wenn eine Infektion eminent chronisch ist, ist es absolut unmöglich, mit den Begriffen, die wir heute besitzen, zu denken, daſs der Organismus, der diese Infektion erträgt, seinerseits indifferent von Anfang bis zu Ende bleiben kann. Denn eine chronische Infektion stellt unausbleiblich eine chronische Intoxikation vor und die Intoxikationen, besonders wenn sie chronisch verlaufen, können nicht verlaufen, ohne in dem mehr oder weniger gastlichen Organismus, sei es von seiten der Säfte, sei es von seiten der festen Elemente, Reaktionen, Neuerungen, Modifikationen hervorzurufen. Und das ist der erste Punkt.

Zweiter Punkt: wenn die aufeinanderfolgenden Manifestationen einer bestimmten Krankheit unter sich eminent verschieden sind und so verschieden, daſs sie substantiell verschieden zu sein scheinen, so ist es keine Sophisterei zu schlieſsen, daſs sie notwendigerweise von verschieden gearteten Ursachen herrühren müssen.

Aber welchen Ursachen?

Bestimmen wir zuerst, welches die Unterschiede sind, denn der Angelpunkt der komplizierten Frage liegt gerade hier — später, wenn wir klargestellt haben, daſs gewisse Manifestationen der Syphilis wirklich substantiell verschiedener Natur sind, werden wir bei der Nachforschung über die Ursachen die Hand freier haben.

Wenn wir bei der Haut stehen bleiben, wo die pathologischen Prozesse nicht verschieden von denjenigen der Eingeweide sein können und wo die Prüfung dieser Prozesse leichter ist, so finden wir, daſs wir für jede der drei Perioden, in welche von RICORD bis heute die Syphilis unterschieden wird, einen verschiedenen Typus der Krankheitsmanifestation haben: das Initialsyphilom für die primäre, die Papel für die zweite, das Gumma für die dritte. Auſserdem, was auch immer die mumifizierten Bearbeiter der Materie, die, wie unsere Frauen, Neuheiten nur annehmen, wenn sie von gewissen Nationen und von gewissen Firmen herrühren, sagen mögen, wir haben noch eine andere Form syphilitischer Läsion, den Tuber, der zwischen Papel und Gumma die Mitte hält, aber gewiſs nicht das eine, noch das andere ist.

Jeder dieser Typen bietet sehr groſse Differenzen gegenüber den anderen dar und das wissen alle. Aber diese Differenzen treten noch mehr hervor und auch dies wissen alle, denn auch dies ist in alle Lehrbücher aufgenommen, vorausgesetzt, daſs der Verfasser bei der Abfassung nicht durch die These der Identität der Natur voreingenommen war, weil dann die Differenzen sich abstumpfen — aber diese Differenzen, wie ich sage, vergröſsern sich noch mehr, wenn man die vier Typen in zwei Serien teilt und man die Serie der zwei primären und sekundären Formen der Serie der zwei tertiären oder Spätformen gegenüberstellt.

Sehen Sie sich in der That die Manifestationen der primären und diejenigen der sekundären Syphilis an.

Es ist unzweifelhaft wahr, daſs sie weit von einander durch die Erscheinungszeit, durch den Entwickelungssitz, durch die Zahl, durch die Verteilung und auch durch den Verlauf abstehen. Es ist unzweifelhaft wahr, daſs ihre Objektivität gewöhnlich gänzlich verschieden ist, besonders mit Rücksicht auf jene charakteristische Härte des Syphiloms, welche FOURNIER in brillanter Weise die Hauptnote, den Geist dieses interstitiellen Neoplasmas genannt hat, mit dem die Syphilis auf die Bühne tritt. Aber es ist auch unzweifelhaft wahr, daſs diese morphologischen Differenzen nicht konstant sind, und wir haben mitunter, wenn das syphilitische Virus stets nur allein wirkt, zwerg- oder abortive oder papelartige Syphilome, welche nicht wesentlich von einer Papel abweichen. Es ist auch unzweifelhaft wahr, daſs sie — immer vorausgesetzt, daſs Krankheitselemente anderen Ursprungs sich nicht hinzugesellen — zugleich mit den Differenzen auch viele Eigenschaften gemein haben, in erster Linie den konstanten Ausgang in vollständige Resolution. Es ist auch unzweifelhaft wahr, daſs echte und wahre Charaktereigenschaften auf histopathologischem Gebiete nicht existieren oder wenigstens bis heute noch nicht entdeckt wurden, und die Differenzen, welche das Mikroskop uns anzeigt, verstehen sich alle sehr gut, als Differenzen im Grade, angefangen

von jener üppigen Proliferation der fixen Zellelemente des Bindegewebes, aus welcher die klinische Hauptnote — nach dem Stile FOURNIERS — und der Geist des Syphiloms hervorgeht. Es ist auch unzweifelhaft wahr — auch das will ich noch hinzufügen —, dafs für alle die Differenzen, welche zwischen primären und sekundären Krankheitserscheinungen bestehen können, die doppelte Beobachtung eine vollständige und unwiderlegliche Erklärung giebt: 1. diejenige des Organismus auf der einen Seite, welcher verschieden reagiert, je nachdem die Infektion allmählich von einem umschriebenen Punkte aus die Totalität befällt; 2. diejenige der Infektion auf der anderen Seite, die natürlich nicht mit derselben Intensität und in derselben Weise wirken kann, während sie allmählich sich entwickelt, um zur Reife zu gelangen. Und mit allen diesen unzweifelhaften Wahrheiten, denn ich nehme sie aus dem Munde derjenigen, welche das revolutionäre Theorem, zu dem ich Sie heute hinführen will, nicht annehmen und vielleicht niemals annehmen werden, mit allen diesen unzweifelhaften Wahrheiten ist es, wenn es Gott gefällt, auch nicht für mich schwer, diesem Punkte beizustimmen, dafs, wenn es Differenzen zwischen den sekundären und primären Erscheinungen giebt, diese ihre Begründung nicht in einer verschiedenen Natur der Ursache haben.

Aber eine ganz andere Beschaffenheit und eine ganz andere Tragweite haben die Differenzen, welche zwischen allen diesen primären und sekundären Manifestationen auf der einen Seite bestehen und den tertiären auf der anderen.

Jene sind immer sowohl ganz oberflächlich, als auch gutartig, sie sind immer ganz resolutiv und vollständig resolutiv, wenn sie rein sind; diese hingegen sind tief und schwer, sie sind niemals resolutiv, sondern stets desorganisierend und destruktiv, mit einem unfehlbaren Gefolge von Narben, auch wenn sie vollständig rein sind und auch wenn sie nicht in Ulceration ausarten. Jene auf bestimmte Zeitgrenzen beschränkt und am häufigsten, durch ihr Erscheinen, an die verschiedenen Perioden der Infektion gebunden und durch ihre Beschaffenheit von den verschiedenen Phasen der Infektion selbst geordnet und in Zucht gehalten. Die tertiären dagegen frei von jedem Gesetze und jedem Zwange und jeder Disziplin abhold — anarchisch mit einem Worte, wie FOURNIER sagte — derartig, dafs Sie sie sowohl drei Monate nach der Infektion, wie 50 Jahre später beobachten können, als ob sie der willkürlichsten Laune des Zufalls gehorchten, ohne jegliche Präzision und ohne jede mögliche Voraussicht. Jene vom ersten Moment an, dafs die Infektion allgemein geworden ist, gewöhnlich reichlich und disseminiert, ja sogar generalisiert, während diese hingegen relativ stets diskret und umschrieben oder regionär sind; jene häufig polymorph, während diese dagegen stets und unveränderlich

monomorph sind. Aber dies ist nicht alles, denn das Beste bleibt noch. Jene primären und sekundären sind eminent infektiös, denn es genügt ein wenig Saft zu nehmen, um mit absoluter Sicherheit behaupten zu können, daſs man das Kontagium in der Hand hat; die tertiären dagegen, 99 auf 100, sind es nicht.

Nun wohl, derartige Differenzen, wer wird mich hindern wollen, sie substantielle Differenzen zu nennen? Und so, wie sie sind, wie erklären sie sich? Vielleicht indem man daraus nur eine Frage des Grades in der Entwickelung der Läsionen macht?

Aber wie wollen Sie von Grad reden, wenn ich Ihnen ein Initialsyphilom zeigen kann, das zehnmal entwickelter und gröſser als ein Gumma ist, oder eine Papel oder eine Schleimhautplaque zwanzigmal entwickelter und gröſser als ein Tuber, ohne daſs das Gesetz der vollständigen oder integralen Resolution für das Syphilom oder für die Papeln — vorausgesetzt daſs sie rein bleiben — und der unausbleiblichen Verletzung des betroffenen Gewebes für den Tuber oder für das Gumma auch nur um einzige Linie eingeschränkt wird?

Oder indem man auch hieraus eine Frage der Zeit macht? Aber, um Gotteswillen, auf welche Zeit wollen Sie Rücksicht nehmen, wenn ich vorher mit den eigenen Worten von Fournier daran erinnert habe, daſs die tertiären Krankheitserscheinungen keine Norm in der Zeit kennen und sogar früher als die sekundären erscheinen können? Und wie können Sie überhaupt mit einer Frage der Zeit die sehr interessante und nicht seltene Thatsache vereinigen, daſs wir auf demselben Individuum und zu ganz derselben Zeit in einem Teil des Körpers einige sekundäre Manifestationen und in einem anderen Teile irgend eine gummöse oder tertiäre Läsion sehen?

Die wichtige Frage, welche sich seit so vielen Jahren um das Wesen, um die Natur der tertiären Syphilis dreht, steht, wie ich schon andeutete, in Wirklichkeit heute so: Auf der einen Seite sind sehr viele, für welche die tertiäre Syphilis nicht mehr und nicht weniger als eine reine und einfache Syphilis ist, nicht verschiedener von der sekundären als diese von der primären; und unter diesen hören Sie Prof. Fournier, welchem die Syphilidologen der ganzen Welt die höchste Autorität eines Zaren zuerkennen, die Gummen für syphilitische Erscheinungen par excellence erklären; und Sie hören Pellizzari, der zu den scharfsinnigsten und erfahrensten italienischen Syphilidologen gehört, sie wahre und eigentliche spezifische Erscheinungen nennen. Auf der anderen Seite stehen andere, nicht gerade viele, welche in der tertiären zwar Syphilis sehen, aber eine ein wenig von derjenigen der ersten beiden Perioden verschiedene Syphilis; und an ihrer Spitze steht Finger, welcher erklärt, daſs die Gummen spezifische Produkte bakteri-

scher Toxine sind, aber ohne Bakterien. Und in einer entfernten und dunklen Ecke aus der la favella giunge appena sind die sehr wenigen, die in der tertiären das Produkt einer postsyphilitischen Dyskrasie sehen, die vollständig der Attribute einer virulenten Krankheit entkleidet ist.

Gut; die sehr vielen, welche, aus Güte, absolut wollen, daſs diese beiden Syphilisformen, die gutartige und die schwere, die resolutive und die nicht resolutive, die kontagiöse und die nicht kontagiöse, ein und dasselbe Ding seien, haben, da sie das ganze Gewicht und die Tragweite dieser substantiellen eben citierten — und ich citierte nicht einmal alle — Differenzen nicht verbergen konnten, anstatt sie zu erklären, vor allem daran gedacht sie entweder abzuschwächen oder sogar zu leugnen: und die Ruhe der Wissenschaft, die keine menschlichen Rücksichten kennt, will, daſs man bekennt, daſs für dieselben jedes Argument gut erschien, um die sehr dornige These zu stützen!

Neisser z. B., als er vor 15 Jahren das Kapitel „Syphilis" für das groſse Handbuch Ziemssens schrieb, bekämpfte die Nichtkontagiosität der tertiären Syphilis, und um es zu thun, citierte er in erster Linie Haenfell, welcher „mittelst Experimenten an Tieren, und zwar positiven und wie mir scheint (Worte Neissers) unbestreitbaren, die Möglichkeit bewiesen hat, daſs gummöse Massen infektiös sind, gerade so, wie die Sekretionen der initialen Perioden" und welcher dann anführte, daſs die von Birch-Hirschfeld beschriebenen Mikroorganismen der Syphilis sich gerade in den Gummen vorfinden!

Und als dann allen klar wurde, daſs derartige Argumente keinen Schatten von Gehalt hatten, glauben Sie, daſs die Überzeugung von Neisser und von den anderen sich geändert habe? Nicht im Traume! Ja, man muſs sogar behaupten, daſs die Serie ihrer Argumentationen fortfuhr immer mehr zu hinken, bis auf heute!

Wollen Sie einen Beweis dafür? Da ist Jullien, der noch vor zwei Monaten 70 und noch mehr Experimenten, die beim Menschen mit Inokulation vom Gumma, vom Tuber, vom Blut Tertiärer u. s. w. gemacht wurden, und zwar alle — alle sage ich — mit negativem Resultate, keinen Wert beimessen will, und wissen Sie weshalb? „Weil, wie Balzer richtig bemerkte, Diday und Finger nicht experimentiert haben, als die tertiären Neoplasien in der Bildungsperiode waren, sondern im Gegenteil in der Degeneration und in der Erweichung."

Wollen Sie einen anderen Beweis? Da ist Fournier — und mir scheint, daſs ich nicht Namen citiere, die so unbekannt sind, wie der meinige — Neisser, Jullien, Fournier, drei Namen, die allein schon im stande sind, eine ganze historische Periode der Neuheit und des Ruhmes für die Syphilographie darzustellen — da ist Fournier, der vor fünf Monaten nicht ansteht, die 70 und noch mehr wohl gezählten

Experimente — und die alle, wie ich sagte, unerbittlich negativ waren — für „noch zu wenig zahlreich“ erklärt. Und der eine, wie der andere dieser beiden sehr bedeutenden Spezialisten zieht wohlgefällig den Hut vor irgend einem positiven klinischen Fall ab — vor irgend einem Falle, in dem gewöhnlich eine Frau mit frischer Syphilis, als einzigen Verantwortlichen für die eigene Infektion, entweder den Ehemann, wie man leicht versteht, oder sogar den Geliebten, der eine tertiäre Ulceration trug, anklagte!

Nun, mein sehr liebwerter Freund JULLIEN, waren nicht vielleicht auch die tertiären Läsionen dieser Eheleute oder dieser Verliebten, die angeklagt wurden, im Moment ihrer Degeneration oder ihrer Erweichung, als sie sich als kontagiös erwiesen?

Nun, mein bedeutender und verehrter Meister FOURNIER, seit wann haben denn so viele Zehner von Experimenten, die ihrerseits durch noch viel mehr klinische Thatsachen, auch diese alle negativ, bestätigt wurden, jeden Wert gegenüber den Erklärungen verloren, die, wenn auch nicht von verdächtigen, von acht oder zehn Damen — sagen wir, als wohl erzogene Personen, die wir sind, Damen — oder von acht oder zehn Personen beiderlei Geschlechts gemacht wurden, ohne daſs man im entferntesten daran denkt zu fragen, ob ein so schreiender Widerspruch nicht auszugleichen sei?

Ich weiſs nicht, auch möchte ich nicht in Grobheit sündigen, aber dies scheint mir der Gipfel von jener galanten Ritterlichkeit zu sein, in der mehr als die Franzosen stets die Spanier die allerersten Meister waren!

Wie dem auch sein mag, das, was mich drängt festzuhalten, ist das folgende: daſs man vor allem danach gestrebt hat, die eben besprochenen Differenzen zu leugnen oder abzuschwächen und daſs man, um dies zu thun, nicht nach Argumenten gesucht hat: dies ist schon an und für sich genügend symptomatisch — wie wir Mediziner sagen.

Dann, als man vielleicht sah und fühlte, daſs der Versuch nicht allzuviel versprach, hat man sich die Mühe gegeben dieselben zu erklären. Und damit sind wir bei einer Reihe von Meinungen angelangt, die für die schwierige Aufgabe herangezogen wurden; Meinungen, welche schon durch ihre groſse Zahl ebenfalls ein Symptom abgeben und die in ihrer Varietät und in ihrer Bewegung, man kann sagen, alle die bunten Geberden und alle die ergötzlichen Anziehungspunkte der heute wieder Mode gewordenen Menuetts darbieten.

A propos der Menuetts, haben wir, um meine Phrase zu rechtfertigen, auf der einen Seite eine kleine Gruppe von Schwesterideen: die von v. BÄRENSPRUNG, die von LANGLEBERT, die von BÄUMLER. Alle drei nehmen an, daſs, um tertiäre Syphilis hervorzurufen, immer dasselbe Virus in Aktion bleibt, das die primäre und sekundäre hervorgerufen hat:

alle drei erkennen an, daſs, wenn die Produkte verschieden sind, es nur von der von dem Organismus erlittenen Modifikation abhängt: nur haben sie an den Arm ihrer Ideen ein Band von verschiedener Farbe angebunden, damit sie sich beim Menuett unterscheiden, denn, um diese Modifikation des Organismus zu erklären, schreibt der erste sie einem Exceſs von Mercurium zu, der zweite der Therapie, der Hygiene und der Konstitution des Individuums und der letzte schreibt sie hingegen der Infektion selbst zu.

Und auf der anderen Seite haben wir eine andere kleine Gruppe von Schwesterideen: die von Celso Pellizzari, die von Ward und die von Klotz.

Pellizzari schreibt die tertiären Formen einem Wiedererwachen des schon abgeschwächten und latenten Virus zu, das will so viel sagen, wie des eingeschlafenen Virus, Ward dem Übergange der Mikrobien der Syphilis aus dem Stadium des Bacillus in das der Sporen, Klotz einer Modifikation der gewöhnlichen Bakterien der Syphilis in Bakterien mit einer viel schwächeren Virulenz. Diese Modifikation würde nach Klotz permanent sein und würde uns daher gleichsam eine neue und stabile Bakterienart geben, die fähig ist als solche auch auf andere Individuen überzugehen und nicht eine gewöhnliche Syphilis, sondern ohne weiteres eine tertiäre Syphilis hervorzurufen: eine neue und stabile Art, die er selbst tertiäre Bakterien nennt und die wir daher, sowohl in Hinsicht auf den Namen, wie auf ihre Eigenschaften, bequem vergleichen könnten mit jenen sog. Tertiären des Heil. Franziskus, eingesetzt von Pius IX., die halb und halb Franziskaner sind, Mönche und auch nicht Mönche, niemals in Reinkulturen beisammen lebend, sondern zerstreut und unbekannt zwischen den Maschen des sozialen Organismus und weit entfernt sind, die Virulenz der Jesuiten oder auch nur der Kapuziner zu besitzen, von der sie eine Abzweigung darstellen würden.

Und auf einer dritten Seite finden wir eine andere Gruppe von Ideen; die von Neisser und diejenige von Jadassohn und den anderen Anhängern der Schule von Breslau.

Neisser — welcher wohlbedacht diese Schule von Breslau gegründet hat und sie brillant führt — erklärte in seinem schon erwähnten Kapitel über Syphilis, nachdem er, wie wir sahen, die schwierigste der Differenzen umgangen hatte, nämlich die der Nichtkontagiosität, indem er sie zu leugnen strebte, die anderen Differenzen folgendermaſsen: als Hauptursache nahm er eine spezifische Modifikation der Gewebe an: die Bakterien immer gegenwärtig, aber in ihrer Virulenz modifiziert und an Zahl verringert — dies ca. im Jahre 1883. Im Jahre 1895, auf dem Kongresse zu Graz, existiert die Idee von damals nicht mehr, an die verringerte Quantität des virulenten Materials denkt er nicht mehr.

Jedoch gleich nach ihm auf dem Kongreſs trat JADASSOHN — einer seiner Schüler, der omai per sè si ciba — auf, um zu reden und rief NEISSER seine alte Idee in die Erinnerung zurück, die er für viel besser hielt; und mit einem schönen Vergleich mit dem, was sich bei der Tuberkulose der Haut bewahrheitet, wies er nach, daſs man ohne die Hypothese der verringerten Quantität der Bakterien ganz und gar nicht auskommen kann, während die Hypothese der Modifikation in ihrer Virulenz gänzlich überflüssig sei. NEISSER überzeugte sich damals und — wie die Figuren des Menuetts — verneigte er sich und zog sich zurück. Vor einigen Monaten nun bei Gelegenheit der Serumtherapie der Syphilis hat er von neuem über diesen Gegenstand gesprochen, ist aber nicht mehr auf Seiten JADASSOHNS und auch nicht mehr sich selbst treu, sondern kehrt beinahe wieder zu seiner alten Idee zurück, denn, obgleich er trotz Reserven und Parenthesen deutlich verstehen läſst, daſs er auf die Idee der Abschwächung des Virus nicht verzichten kann noch will, so kommt er — merkwürdig zu sagen nach so vielen negativen Vorbereitungen — gedrängt durch die Stimme der Thatsachen schlieſslich dazu, anzunehmen, daſs es Gummen giebt ohne direktes Eingreifen und ohne Gegenwart von Bakterien.

Dieses sind die Hauptgruppen der charakteristischsten und erwähnenswertesten Ideen, die herangezogen wurden, um jene Differenzen zu erklären, ohne auf die Meinung von der Identität in der Natur der tertiären Syphilis zu verzichten. Aber, während alle diese verschiedenen Ideen, die mit dieser einzigen Absicht zu einer Figur gruppiert sind, sich in der Verschlingung des studierten und abgequälten Tanzes zur Schau stellen und hervortreten und sich begegnen und sich zurückziehen, wer sieht nicht, wie alle mehr oder weniger nichts weiter als Strohpuppen sind, ohne Fleisch und Knochen? Wer erkennt nicht, daſs jede bei jedem Hauche der nicht schwierigen Einwürfe stets sogleich hinsinkt?

Haben Sie Mitleid, meine Hörer, mit ihnen! hier ist eine Kritik mir nicht erlaubt. Aber Sie selbst können, ohne Mühe, dieselbe unternehmen, wenn Sie besonders das Hauptfaktum, das ich schon citierte, in Betracht ziehen, daſs jedesmal, wo eine Impfung mit tertiärem Material jeglicher Art versucht wurde, die Impfung stets negativ ausfiel und es auf klinischem Gebiete zahllose Fakten giebt, welche diese Resultate so vieler Versuche bestätigen, daſs hingegen, wenigstens bis heute, die Thatsachen spärlich sind, die damit in Widerspruch stehen. Anstatt Ihnen die nicht notwendigen Elemente für die Zerstörung des Alten zu liefern, gehe ich statt dessen dazu über, Ihnen nachzuweisen, wie und wo das Neue mit einer richtigeren Erklärung jener Differenzen konstruiert werden kann: und mit wenigen Worten werde ich trachten zu Ende zu kommen.

Ich habe eine gute Frau, zu der ich Vertrauen habe, und mit Rück-

sicht auf sie mache ich mir eine sehr strenge Pflicht daraus, ritterlich zu sein, wie meine französischen Kollegen und systematisch zu allen Frauen Vertrauen zu haben.

Ich weise daher, bei der Aufstellung meiner Theorie, die klinischen Beobachtungen von LAUDONZY und von FOURNIER und von anderen nicht zurück, aus denen hervorgeht, daſs einige tertiäre, ulceröse Formen infektiös waren. Ich weise sie nicht zurück, noch umgehe ich sie, sondern erkläre sie: ich erkläre sie — wie sogleich gesagt wird — in einer Weise, die Sie, wie ich mir schmeichle, sogleich als gut und vollständig anerkennen werden: und indem ich sie so erkläre, halte ich an der Überzeugung von dem Hauptcharakter der tertiären Syphilis — der Nichtkontagiosität — fest, was die Grundlage meiner Theorie ist.

In gleicher Weise weise ich nicht zurück und verkenne ich nicht jene Differenzen zwischen den primären und sekundären Formen, welche für die meisten der kräftigste Beweisgrund sind, um aus allen syphilitischen Manifestationen insgesamt eine einzige Sache zu machen. Ich verkenne sie nicht und ich weise sie nicht zurück: sondern verlange von allen, daſs man mir nicht kommt und sagt, aus polemischen Rücksichten, daſs diese Differenzen von derselben Art und von derselben Tragweite sind wie diejenigen, welche zwischen den primären und sekundären Formen einerseits und den tertiären anderseits bestehen, denn der Beweisgrund steht mit der Klarheit der Thatsachen in Widerspruch für den, der ohne Vorurteil sieht.

Und, nachdem auf diese Weise die beiden am meisten wiederholten, wenn nicht ernstesten Einwürfe bei Seite geschafft sind, die, zur Genüge erklärt, sich vollkommen mit meiner Idee vereinigen lassen, fühle ich mich im Rechte mit gröſster Gemütsruhe zu behaupten, daſs derjenige, welcher sich auf richtige Weise von den substantiellen Differenzen, die zwischen primärer und sekundärer Syphilis einerseits und der tertiären andererseits bestehen, eine Erklärung verschaffen will, sich notwendigerweise zu den Wenigen schlagen muſs und nichts anderes annehmen als eine Verschiedenheit in der Natur.

Was bedeutet nun eigentlich Verschiedenheit in der Natur deutlicher ausgedrückt? Um das zu wissen, kehren wir zu einigen schon gebrauchten Ausdrücken zurück, denn Verschiedenheit in der Natur kann nichts anderes bedeuten als Verschiedenheit der Ursachen, und nehmen wir so wieder die Untersuchung dieser Ursachen auf — die wir ja vorhin gerade unterbrochen haben — um zu sehen, ob und wo sich verschiedene Ursachen auffinden lassen.

Wo die Krankheit Syphilis einmal auftritt, beginnen zwei Elemente ihr Spiel: das syphilitische Gift und der infizierte Organismus. Das Virus, um die Krankheit hervorzurufen, setzt seine Toxine in Be-

wegung. Der Organismus — der, wie wir sagten, in keiner Weise bei der chronischen und spezifischen Intoxikation indifferent bleiben kann — löst alle die physischen, chemischen, dynamischen Störungen aus, welche die Infektion in den vitalen Funktionen von ich weifs nicht welchen und wievielen der konstitutiven Elemente des Organismus selbst hervorruft, löst alle die Substanzen von verschiedener Art und von verschiedener Kraft aus, die aus jenen Störungen daher notwendigerweise herrühren müssen, sei es in Association, sei es in Substitution der gewöhnlichen physiologischen Substanzen, deren Präparation infolge der Infektion verringert oder unterdrückt wird.

So haben wir von dem Momente an, wo eine Syphilis sich in einem gegebenen Körper entwickelt hat, in ihm eine Reihe von primären Agentien — wie Prof. CENTANNI in einem vor kurzem erschienenen Artikel sagte —, die vom Virus herrühren, und eine Reihe von sekundären Agentien, dargestellt von den Produkten des unter dem Einfluſs des primären Agentium selbst veränderten Gewebes, d. h. wir haben eine bakterische Intoxikation und, in zweiter Reihe, eine Folge von Autointoxikationen.

Und da, wie wir alle wissen, die Intoxikation chronisch ist und da, wie wir alle wissen, sich auſserdem in den von dieser chronischen und noch dazu spezifischen Intoxikation befallenen Organismen spezifische, dauernde oder unleugbar permanente Modifikationen entwickeln, wie z. B. die Immunität gegen jede andere syphilitische Infektion, deshalb sind wir vollständig autorisiert anzunehmen, daſs die Veränderungen und die Modifikationen in den Geweben durch die primären Agentien der Infektion, Virus und seine Toxine, hervorgerufen, dauernd und auch permanent sein können und daſs sich aus solchen Veränderungen und Modifikationen daher auch, seien es unmittelbare oder nach kurzer Frist einsetzende, seien es langsame, andauernde, aufeinanderfolgende Autointoxikationen herleiten können, deren Wirkungen weder Norm des Ortes noch der Zeit kennen werden und, um sich kenntlich zu machen, warten werden, bis sie auf irgend eine Weise hervorgerufen werden. Bakterische Intoxikationen daher und multiple Autointoxikationen.

Damit versteht man leicht, daſs wir, um die verschiedenen Krankheitsmanifestationen, die man bisher unter dem Namen Syphilis vereinigte, zu erklären, eine so groſse Zahl von verschiedenen Ursachen oder von verschiedenen Bündeln von Ursachen in der Hand haben, daſs sie für jegliches Bedürfnis genügen. Und obgleich uns von diesen Ursachen noch keine wirklich bekannt ist, so befinden wir uns, um trotzdem schon jetzt die verschiedenen Manifestationen der sog. Syphilis, besonders diejenigen, welche wir für unter sich substantiell verschieden erklärten, zu deuten in keiner anderen Verlegenheit, als in derjenigen, auf dem Wege der In-

tuition, diesem oder jenem Krankheitsprozefs diese oder jene Ursache, dieses oder jenes Bündel von Ursachen zuweisen.

In Betreff der tertiären Syphilis scheint mir eine Sache leicht verständlich zu sein, eine Sache, ich möchte schon heute sicher sagen, nämlich dafs, wenn die primäre und sekundäre Syphilis notwendigerweise, wie alle zugeben und wie ich vollkommen beipflichte, von den primären Agentien der Infektion abhängen müssen oder von der bakterischen Intoxikation, die tertiäre, als von jener primären und sekundären Syphilis substantiell verschieden, notwendigerweise dagegen anderen verschiedenen Ursachen zur Last gelegt werden mufs und zwar den sekundären Autointoxikationen.

Diesen Autointoxikationen müssen notwendigerweise, wie es die Logik der Thatsachen verlangt, mehrere Dinge zugeschrieben werden: drei von ihnen unleugbar — zwei wohlthätige und wünschenswerte und eines häufiger verhängnisvoll — und zwar 1. ein grofser Teil in der Verteidigung des Organismus, Verteidigung, die von der periodischen Repression der verschiedenen Blütezeiten der Infektion bis zum Erlöschen der Infektion selbst geht; 2. die allmähliche Immunisation des Organismus; 3. alle jene Krankheitsmanifestationen und alle jene Affektionen, die man modern parasyphilitische nennt.

Nun verlangt die Logik, dafs die tertiären Formen ihren Posten haben müssen an der Seite dieser parasyphilitischen Manifestationen, aber gewifs nicht an der Seite der primären und sekundären Manifestationen, Und dies, weil sie wie jene nicht infektiös sind; wie jene und besser als jene mehr als vom Quecksilber von Jod günstig beeinflufst werden; wie jene und mehr als jene keine Norm in der Zeit haben und sogar viele Jahre, nachdem man von Infektion nicht mehr reden kann, erscheinen können u. s. w. Aber hiermit beabsichtige ich jedoch nicht zu sagen, dafs sie als dieselbe Sache, wie jene angesehen und deshalb mit ihnen zusammengeworfen werden müssen.

Auch die Intoxikationen, von denen alle diese verschiedenen Dinge sich ableiten, müssen notwendigerweise von verschiedener Art sein. Verschieden je nachdem die toxischen Substanzen, welche ihr Agentium sind, unter der direkten und unmittelbaren Wirkung des Virus und seiner Toxine oder statt dessen von den vorübergehenden oder den permanenten Modifikationen erzeugt worden sind, welche der Durchgang jenes Virus in dem Organismus gesetzt hat; verschieden je nach der Zeit, dem Organ und dem Gewebe dieses oder jenes Organs oder Systems, in dem jene Substanzen präpariert werden; verschieden je nach der Qualität und den zeitlichen und zufälligen Bedingungen und den permanenten und essentiellen des Organismus oder des Organs oder des Gewebes, von dem sie geliefert werden. Und wenn sie der Qualität nach verschieden sind, so

müssen sie natürlich auch der Wirksamkeit nach verschieden sein, daher dann verschiedene Wirkungen. Und es ist auch nicht unwahrscheinlich, daſs manche von ihnen speziell oder spezifisch — wenn man so sagen will — für jenes gegebene Virus sind, während andere sozusagen banale Autointoxikationen sein würden.

Man braucht daher in der tertiären Syphilis ganz und gar nicht dasselbe zu sehen wie in der Tabes, in der allgemeinen Paralyse, in der amyloiden Degeneration u. s. w. Ja sogar alles spricht dafür sie für gänzlich verschiedene Dinge zu halten; alles spricht dafür, in ihnen sogar die Wirkungen von dieser oder jener banalen Autointoxikation zu sehen, im stande auch aus sehr verschiedenen Quellen herzukommen, in den tertiären Affektionen hingegen die Wirkungen einer Autointoxikation, wenn nicht spezifisch wenigstens spezial und eigen nur chronischen Infektionen, wie der Tuberkulose und der Syphilis. Und das ist es gerade, was ich denke; das ist gerade die Ansicht, die ich mir über die tertiäre Syphilis nach Überlegungen gebildet habe, zu denen mich der Artikel von Boulangier geführt hat über das, was hereditär in der Syphilis sein kann, und das, was es nicht sein kann.

Mit dieser Auffassung erkläre ich ausgezeichnet alle die substantiellen Differenzen, welche zwischen der tertiären und der andern Syphilis bestehen, erkläre ich ausgezeichnet, wieso die tertiäre gewöhnlich tardiv ist, aber auch bald frühzeitig, bald sehr tardiv sein kann, erkläre ich ausgezeichnet, warum sie nicht infektiös ist. Und die wenigen Fälle, in denen sie es zu sein schien, wenn sie es wirklich war, erkläre ich ebenfalls ausgezeichnet, denn unter diesem Gesichtspunkte treten die tertiären Läsionen — Gummen, Tuber etc. — heran, um teil zu nehmen an den nicht syphilitischen Krankheitsprozessen, wie Akne, Furunkel, weichem Schanker, Vaccine etc., die sich in einem mit im Blute befindlicher syphilitischer Infektion behafteten Individuum entwickeln können und die in ihren pathologischen Sekreten die Gegenwart und den Aufenthalt des syphilitischen Virus nachempfinden können und die daher Quellen syphilitischer Infektion sein können, ohne Syphilis zu sein.

Es ist nicht gesagt, daſs die syphilitische Infektion nur eine gegebene Zahl von Monaten oder von Jahren und nicht mehr dauern kann. Gewöhnlich dauert sie nicht mehr als drei Jahre, sie kann aber nur ein Jahr allein dauern, wie sie auch zwanzig dauern kann, und alle wissen es nach den Statistiken von Fournier und nach dem Vortrag des verstorbenen Feulard auf dem Kongresse in London.

Jetzt nehmen Sie an, daſs sie mehr als gewöhnlich dauert; nehmen Sie an, daſs sie inzwischen im Organismus die dauernden Veränderungen und Modifikationen hervorgerufen hat, aus denen die toxischen Substanzen, welche diese oder jene sog. tertiäre Manifestation verursachen, sich her-

leiten; nehmen Sie an, daſs günstige Gelegenheiten vorhanden gewesen sind, um die Explosion einer oder mehrerer dieser tertiären Manifestationen zu erzeugen, so haben Sie im Organismus, mit der noch immer kräftigen Infektion, Manifestationen fähig auf andere jene Infektion zu übertragen, jenen wie FOURNIER in seinem Buche über die Impfsyphilis bewiesen hat, daſs es für die Lymphe stattfinden kann. Und wie FOURNIER im Falle der Impfinfektionen keine Pflicht gefühlt hat die Impfläsion unter die syphilitischen zu rechnen, so haben wir in unseren Fällen keine Pflicht, die tertiären Läsionen unter die syphilitischen eingeschrieben zu halten.

Dies ist also — um zu unserer ersten Frage zurückzukehren — das Wie und Wo die Syphilis für uns nicht mehr Infektionskrankheit ist.

Und da wegen der Beziehungen und der Bedingungen, in denen diese tertiäre Syphilis sich vorbereitet, wegen der Gründe, welche sie dazu bringen, sich zu manifestieren, wegen der Art, in der sie sich entwickelt und sich verhält, ich in ihr alle die Elemente finde, von einer besonders unter den sog. Diathesen, die heute von den meisten angenommen sind, und zwar von der scrophulösen Diathese, so haben Sie, wie und wo meiner Meinung nach man auch bei der Syphilis von neuem wieder von Diathese sprechen kann, ja sogar muſs.

Diathese sagte ich, meine Herren, und ich glaube nicht, mich verbessern zu müssen. Denn wenn nach der blendenden Schule in Paris, von der BOUCHARD der göttliche Meister ist, Diathese ist „eine Störung der nutritiven Mutation, welche nach symptomatischen Formen, nach anatomischem Sitze und nach dem pathologischen Prozeſs unter sich verschiedene Krankheiten präpariert, provoziert und unterhält", wenn Diathese kurz ein krankhaftes Temperament ist, so haben sie 100 Daten in der Hand, geeignet, um diesen Namen allen jenen Manifestationen der Syphilis anzupassen, die nicht in direkter pathogenetischer Beziehung zum Virus und zu seinen Toxinen stehen und von denen die sog. tertiäre Syphilis einen so groſsen Teil ausmacht. Und wenn Diathese — wie die Schule von Montpellier will, von der Prof. GROSSET der letzte Apostel sein würde — ein krankhafter Zustand ist und daher „eine allgemeine, spontane, von ihrer provokatorischen Ursache emanzipierte, chronische Krankheit mit vielfältigen und verschiedenen Manifestationen" so kann man sehr gut — mit wenigen und leichten Varianten — Diathese auch jenen ganzen Teil der Syphilis nennen, von dem wir angenommen haben, daſs er von den verschiedenen postsyphilitischen Autointoxikationen, angefangen von den tertiären Affektionen, abhängt.

Auf diese Weise sehen wir jetzt den beiden Ausgangspunkten, welche wir vorhanden fanden, wenn die Krankheit Syphilis auftritt — dem Virus und dem Organismus — genau, sagen wir zwei Ankunftspunkte

entsprechen — die Infektion und die Diathese. Die Infektion vorgestellt, in der Krankheit, von den immer infektiösen und immer resolutiven Formen, den sekundären und primären, und die Diathese — kurz gesagt, dargestellt von dem Rest: die Infektion notwendig und konstant in jedem Falle und die Diathese möglich und auch häufig zwar, aber nicht unumgänglich nötig; die Infektion nicht übertragbar wahrscheinlich durch wahre und eigentliche Heredität und die Diathese dagegen sehr übertragbar, ja sogar so leicht übertragbar und so häufig übertragen, daſs sie zweifellos neun Zehntel von alledem, was wir heute hereditäre Syphilis nennen, ausmacht.

Damit habe ich Ihnen, meine Herren, wenn auch in konciser und daher notwendig dunkler Weise gesagt meine Auffassung der Sache. Jetzt, zum Schlusse, kommen wir zu den betreffenden Worten.

Diesem Komplex von Thatsachen, die sich nach mir unter dem Namen syphilitische Diathese zusammenfassen lassen, habe ich einst vorgeschlagen den Namen Syphilismus zu geben, indem ich das Wort Syphilis aufsparte, um den Teil der Krankheit zu bezeichnen, der direkt und vielleicht auch einzig von der Infektion abhängt. Heute jedoch, indem mein Urteil sich von Überlegung zu Überlegung gereift hat, möchte ich die Dinge lieber mit einer neuen Unterscheidung in den Ausdrücken bezeichnen.

Unter den vielen Erscheinungen, welche, wie ich sagte, ich in der Diathese vereinige und die ich hier nicht einmal habe aufzählen können, die ich aber genauer möglichst bald in einer vollständigen Arbeit über diesen sehr ausgedehnten und verwickelten Gegenstand studieren werde, habe ich heute einzig die tertiäre Syphilis auf der einen Seite und alles das, was man einst quaternäre Syphilis nannte, und alles das, was man gegenwärtig parasyphilitisch nennt, auf der anderen Seite hervorgehoben. Diese verschiedenen Dinge jedoch, wie ich schon erklärt habe, beabsichtige ich deshalb nicht miteinander zu verschmelzen, noch zu verwechseln; ich beabsichtige nur, sie einander nahe zu stellen. Und damit man sie nicht miteinander verschmilzt, noch verwechselt, schlage ich vor die tertiäre Syphilis spezifischen oder spezialen Syphilismus zu nennen, der, wie ich hervorhob, von einer Autointoxikation durch der Syphilis eigene oder höchstens nur den chronischen Infektionen von der Art der Syphilis eigene Modifikationen des Organismus herrühren muſs; ich schlage vor, daſs man banalen Syphilismus die anderen Dinge nennt, die von Autointoxikationen herrühren, die hervorzurufen nicht nur chronische bakterische Intoxikationen, sondern auch viele andere Intoxikationen genügen können, wie es gerade bei den amyloiden Degenerationen der Eingeweide, bei der Tabes dorsalis u. a. m. geschieht. Oder, um noch bündiger und vorsichtiger zu sein und um mich auch ein wenig an

die schon zu gewöhnlichem Brauch gewordene Sprache anzupassen, schlage ich vor **Syphilismus** — ohne weiteres — den sog. Tertiarismus zu nennen und **Parasyphilismus** das übrige. Und damit hätten wir schon drei ganz klare und ganz unterschiedliche Worte, mit einem ganz neuen Inhalt in der Krankheit Syphilis gewonnen und zwar das Wort Syphilis, das Wort Syphilismus und das Wort Parasyphilismus.

Ich weifs nicht, ob der Tag kommen wird, an dem von mir oder von anderen mit Erfolg diese subtile Arbeit der Analyse und der Auswahl für die Tuberkulose wiederholt wird, von der ich Ihnen heute für die Syphilis eine Probe gegeben habe. Ich weifs nicht, ob der Tag kommen wird, an dem, besonders auf dermatologischem Gebiete, es mir oder einem anderen glückt zu beweisen, dafs Lupus — wie mir schon seit langer Zeit hin und wieder durch den Kopf geht, während ich vergebens flehe, dafs il ciel disperda il mal pensiero, der mich in Widerspruch mit alle dem setzen würde, was heute Ansehen geniefst — von den wahren und eigentlichen Tuberkulosen der Haut herausgenommen und statt dessen zusammen mit den scrophulösen Gummen und anderen Manifestationen der Scrophulose zu einer Familie krankhafter Erscheinungen vereinigt werden mufs, die nicht direkt von den primären Agentien der tuberkulösen bakterischen Intoxikation abhängen, sondern von den auf jene bakterische Intoxikation folgende Autointoxikation. Wenn er kommen wird, so werden wir dann zwei sehr nahe bei einander stehende Diathesen haben — den Syphilismus und den Tuberkulismus.

Sie werden gewifs nicht eine und dieselbe Sache sein; ja sogar sie werden immer sehr ausgesprochene Differenzen darbieten, sei es, weil das Virus der Syphilis, einmal aufgenommen, Immunität verleiht, während das andere hingegen in den menschlichen Organismen eine immer gröfsere Prädisposition für die Tuberkulosen jeder Art zu schaffen scheint, sei es, weil die Syphilis eine Infektion mit fixem Contagium ist, während die andere ein flüchtiges Contagium ist, derart dafs ihre Bacillen stets und überall anzutreffen sind und stets und überall und auf jeglicher Läsion des prädisponierten Organismus sekundäre Infektionen oder sekundäre Anwesenheit von Bacillen stattfinden kann. Aber sie werden unleugbar sehr nahe stehen; so nahe, dafs sie uns eine eindrucksvolle, wie lehrreiche Parallele erlauben; so nahe, dafs sie ihre hervorstechendsten und charakteristischsten Manifestationen — wie Lupus tubercularis und Syphilis tuberosa, auch Lupus syphiliticus genannt, wie Gumma syphiliticum und Gumma scrophulosum — in vollkommener Übereinstimmung besitzen; so nahe, dafs sie sich uns häufig, nach der Meinung aller, untereinander identisch vorstellen und gewifs häufiger ganz und gar nicht voneinander zu differenzieren sind. Und diese beiden Diathesen, verstanden, wie man leicht versteht, in einer von der bisher gültigen Weise vollständig ver-

schiedenen, werden den Zutritt zu einer Vermehrung der Zahl und zu einer Unterscheidung in Kategorien der Diathesen öffnen, denen die moderne Medizin, meiner Meinung nach, und mit Recht die Thore öffnet; und in dieser neuen Unterscheidung werden sie den Typus der Diathese durch der chronischen bakterischen Intoxikation sekundäre Autointoxikationen vorstellen, während der Uricismus, oder wie man heute sagt, der Arthritismus immer den Typus der Diathese durch chronische primitive Autointoxikationen darstellt und der Alkoholismus und der Saturnismus werden vielleicht den Typus der Diathesen durch Autointoxikationen chronischer Vergiftungen oder chronischer exogener Intoxikationen darstellen.

Aus der Praxis.

Über Salbenleime.

Von

Dr. M. Pelagatti,
Assistent an der dermosyphilopathischen Klinik zu Parma.

Bei der Behandlung der Hautkrankheiten ist die Wahl des Vehikels der verschiedenen medikamentösen Präparate von höchster Bedeutung, indem sie eine nicht geringfügige therapeutische Rolle spielen, da sie nämlich berufen sind, die Resorption jener medikamentösen Stoffe zu begünstigen. In dieser Beziehung waren bisher die Fette allen anderen vorzuziehen. Andererseits eignet sich aber die Salbenbehandlung hauptsächlich in Spitälern, wo man die Patienten bequem im Bette behalten kann, während sich in der Privatpraxis die Sache etwas anders gestaltet, indem die Beschwerden, welche die Dermatosen begleiten, selten so beträchtlich sind, dafs die Patienten das Bett zu hüten genötigt sind. Nun aber begreift man leicht, welche Unannehmlichkeiten es hat, mit einem über und über mit Salbe bestrichenen Leibe herumzugehen. Es hat sich denn auch längst schon das Bedürfnis nach einem Vehikel fühlbar gemacht, das sich in dünner Schicht auf der Körperoberfläche ausbreiten läfst, rasch eintrocknet und ein feines Häutchen bildet, das fest anhaftet und das Anziehen der Kleider erlaubt. Eine solche Substanz bietet aufserdem noch den grofsen Vorteil, dafs die Wirkung der Medikamente auf die affizierte Hautpartie lokalisiert werden kann, was von besonderer Wichtigkeit in denjenigen Fällen ist, wo man starke, reizende Dosen an-

wendet. Zu diesem Zwecke wurden eine ganze Reihe von Stoffen versucht, die man gemeinhin als Firnisse bezeichnet. Denselben kommen nun zwar einzelne der erforderlichen Eigenschaften zu, sie haben aber bisher nicht sämtlichen Postulaten entsprochen. Diese Firnisse, denen man eine beliebige Menge medikamentöser Stoffe beifügen kann, gestatten andererseits den Zusatz von Fetten nicht, was ein grofser Nachteil ist, indem die Fette die Eigenschaft besitzen, das Eindringen der wirksamen Substanzen in die Haut zu begünstigen, während die Firnisse dieses Eindringen eher hindern. Unna war nun bemüht, ein Vehikel zu finden, welches die Eigenschaften der Firnisse und der Fette in sich vereinigt und hat in diesem Sinne das Unguentum caseini vorgeschlagen. Neben grofsen Vorzügen besitzt aber dieses Präparat auch bedeutende Nachteile. Abgesehen von dem hohen Preise desselben bietet das Umgehen mit ihm nicht unbedeutende Schwierigkeiten, indem es beim Kontakte mit der Luft rasch hart wird und koaguliert; aufserdem läfst es sich nicht mit Substanzen mischen, welche das Casein koagulieren, und die meisten übrigen lassen sich ihm nur in schwachen Dosen einverleiben.

Neben den Firnissen und Fetten haben wir noch andere Substanzen, welche verschiedene Eigenschaften der Firnisse besitzen, nämlich die von Pick[1] in die Hauttherapie eingeführten Leime, deren Zusammensetzung Unna durch Hinzufügen von Glycerin und Zinkoxyd modifiziert hat.

Dieser Zinkleim ist in anbetracht seiner anämisierenden Eigenschaften bei entzündlichen Hautaffektionen sowie in den Fällen sehr nützlich, wo es sich darum handelt, die Haut vor äufseren Reizen zu schützen oder einen Druck auszuüben, wie z. B. bei Ödemen in Folge von Varicen, operierten Lupusstellen etc.

Die Zinkgelatine hat aber als Vehikel an sich gar keinen Wert, denn statt das Eindringen der Medikamente durch die Haut zu begünstigen, hindert sie dasselbe im Gegenteil und aufserdem lassen sich mit der Gelatine solche Stoffe nicht vermischen, welche dieselbe unlöslich machen.

Es ist sehr zu bedauern, dafs der Zinkleim als Salbengrundlage nur negative Eigenschaften besitzt, da er in Bezug auf die Bequemlichkeit der Anwendung allen Firnissen weit überlegen ist und aufserdem gar nicht reizt.

Aufgemuntert durch Prof. Mibelli habe ich die bereits anderweitig gemachten Versuche wieder aufgenommen, fette Substanzen den löslichen Firnissen beizumischen, da ihnen sonst nur ganz geringe therapeutische Bedeutung zukommt. In diesem Sinne habe ich zunächst versucht dem Unnaschen Zinkleime die Vidalsche Pflastermasse beizumengen, welche bekanntlich besteht aus: Emplastr. plumbi simpl. 26,0; Cinabaris 1,5;

---

[1] Pick, Die therapeutische Verwendung arzneihaltiger Gelatine bei Hautkrankheiten. *Monatsh. f. pr. Dermat.* Bd. II, 1883.

Minium 2,5. Das Resultat dieses meines ersten Versuches übertraf meine Erwartungen nicht nur in Bezug auf die physikalischen Eigenschaften des Produktes, sondern auch in Anbetracht seines therapeutischen Effektes in einem Falle von schwerer Prurigo.[2]

Mit Hülfe des Oberapothekers des „Ospedale Maggiore“ zu Parma, Herrn GALVANI, habe ich sodann diese Versuche auch auf andere fette Körper ausgedehnt und der Masse neben Zinnober und Minium noch andere medikamentöse Substanzen zugefügt. Nach zahlreichen Versuchen kam ich endlich zum Schlusse, daſs sich mit der Gelatine verschiedene Fette in nicht unbeträchtlichen Mengen vermischen lassen und daſs sich unter diesen Fetten das Lanolin am besten bewährt hat. Das Lanolin läſst sich erstens unter allen Fetten in den verhältnismäſsig gröſsten Quantitäten mit Zinkleim vermengen, ferner nimmt das Lanolin am meisten Wasser unter allen Fetten auf, ohne dabei seine Konsistenz zu verlieren, dann wird es nicht ranzig, verseift nicht und besitzt die auſserordentlich wertvolle Eigenschaft, von der Haut resorbiert werden zu können.

In dieser von mir als Typus ausgewählten Lanolingelatine, die ich Salbenleim nennen will, sind die Bestandteile in folgenden Verhältnissen enthalten:

Weiſser Zinkleim	30,0
Glycerin	20,0
Wasser	50,0
Reinstes Lanolin	48,0
Zinkoxyd	20,0

Das Lanolin wird mit der im Wasserbade aufgelösten Gelatine vermischt, indem man das Gemisch eine Zeit lang in der Wärme umrührt und schlieſslich in Formen gieſst. Nach dem Erkalten läſst sich der Salbenleim sehr leicht aus den Formen nehmen und kann nun in Schachteln oder Paraffinpapier eingewickelt werden, wo er aufbewahrt werden kann, ohne daſs man zu befürchten hätte, daſs er hart wird, wie es mit der Zinkgelatine ohne Lanolinzusatz der Fall ist.

Diesem Salbenleime lassen sich nun eine Menge medikamentöser Substanzen einverleiben, so unter anderem auch metallisches Quecksilber bis zu 40 $^0/_0$. Selbstverständlich wird das Quecksilber nicht direkt dem Salbenleime beigefügt, sondern zuerst wird eine Hg-Lanolinsalbe bereitet, worin auf 8,0 Lanolin 16,0 Hg enthalten sind, und dann fügt man erst den Zinkleim hinzu. Dasselbe geschieht mit anderen Medikamenten, wie z. B. dem Resorcin, der Salicylsäure, dem Minium, Zinnober etc., welche

[2] Auch UNNA hatte schon der PICKschen Gelatine noch vor Hinzufügung von Zinkoxyd Fette beigemischt; es scheint aber, daſs die Versuche nicht günstig ausgefallen sind. — Leimglycerin als Constituens in der Dermatotherapie — Gelatinae glycerinatae medicatae. *Monatsh. f. pr. Derm.* 1883, Bd. II, S. 37.

zuerst mit dem Lanolin vermischt werden müssen, bevor man den Zinkleim hinzufügt; bei anderen Medikamenten hingegen kommt es hierauf nicht an.

Die Anwendung dieses Salbenleims wird dadurch eine sehr leichte und jedermann zugängliche. Man hat nur die Masse im Wasserbade aufzulösen und sie mit einem Pinsel in dünner Schicht aufzustreichen. Darüber streut man Lycopodium in grofsen Mengen. Fünf Minuten nach dem Auftragen ist der Salbenleim vollständig trocken und haftet der Haut fest an, sodafs der Patient seine Kleider anziehen und seiner gewohnten Beschäftigung nachgehen kann. Nach ungefähr drei Tagen löst sich die Schicht in einem Stücke ab.

Der Schmelz- und Härtungspunkt des Salbenleims sowie seine Kontraktilität hängt von den Substanzen, die verwendet wurden, und natürlich auch von deren Mengen ab. Es ist wohl nicht nötig Zahlen anzugeben. Bei der Berechnung derselben bin ich nach der Methode von HODARA[3] für den Zinkleim vorgegangen und habe ich dabei gefunden, dafs der Schmelzpunkt zwischen 32° und 40°, der Härtungspunkt zwischen 29° und 38° Celsius liegt.

Man sieht somit, dafs der Schmelzpunkt des Salbenleims nicht so hoch liegt, dafs man diesen nur bei gewissen Dermatosen anwenden könnte, da nämlich auch in Fällen, wo die Hautempfindlichkeit bedeutend erhöht ist, die Temperatur des Leims gut vertragen wird. Auch ist andererseits der Härtungspunkt noch hoch genug, dafs das Präparat in allen Jahreszeiten seine Anwendung findet. Beim Salbenleime kommt ferner noch in Betracht die sehr wertvolle Eigenschaft der Kontraktilität der Masse, welche in gewissen Fällen so vortreffliche Dienste leistet, wie dies ZERENINI hervorgehoben.[4]

In therapeutischer Beziehung hat der Salbenleim ebenfalls meinen Erwartungen vollständig entsprochen. Neben den Vorteilen der Firnisse und Leime besitzt der Salbenleim noch die Eigenschaften eines vorzüglichen Excipienten. Bekanntlich wird das Durchdringen der Medikamente durch die Epidermis durch zwei Thatsachen erwiesen: durch die therapeutischen Resultate und den Nachweis der Medikamente im Urin.

Um recht gewissenhaft vorzugehen, hätte ich sorgfältige Harnuntersuchungen machen sollen; ich mufs aber gestehen, dafs ich mich mit den therapeutischen Effekten begnügt habe, die mir die Einführung der Salbenleime in die Therapie hinreichend zu rechtfertigen schienen. Ich halte sie sogar für wertvoller als das Lanolin selbst, indem sich zu den

---

[3] HODARA, Étude sur les meilleures formules de gélatines de zinc. *Journ. des mal. cutan. et syphil.* 1894, pag. 257.

[4] Trattamento di alcune affezioni croniche della pelle con compressione elastica. *Riforma medica.* 1893, Bd. IV, pag. 21.

Eigenschaften dieses letzteren noch die zusammenziehende Wirkung des Leimes gesellt. Um sich aber so recht von den Vorzügen der Salbenleime zu vergewissern, mufs man sie selbst erprobt haben; man könnte sonst leicht irrtümlicherweise glauben, dafs der Leim das Lanolin in seiner Masse zurückhält und in der Entfaltung seiner Wirkung hindert. Nach dem Auftragen des Leimes bildet sich aber zwischen diesem und der Haut infolge der warmen Körpertemperatur eine halbflüssige Schicht, welche beinahe ausschliefslich aus Wasser und Lanolin besteht, die ihrerseits die medikamentösen Substanzen enthalten. Diese halbflüssige Schicht wird nun gegen die oberflächliche, kontraktile Lage der Haut angedrückt. Mit dem zunehmenden Verluste an Lanolin und Wasser, welche der Salbenleim erleidet, nimmt die Kontraktion dieses letzteren stets zu. Ist dann der Zeitpunkt eingetreten, wo er der Haut weder Wasser noch Lanolin abzutreten vermag, löst er sich in grofsen Fetzen ab, was, wie gesagt, um den dritten oder vierten Tag zu geschehen pflegt. Eine weitere, sehr wertvolle Eigenschaft der Salbenleime besteht darin, dafs sie ihre therapeutische Wirkung in sehr gleichmäfsiger, konstanter Weise auf die Haut ausüben, was bei den Fetten nicht geschieht; auf diese Weise lassen sich ganz beträchtliche Dosen der wirksamen Substanz anwenden, ohne dafs es zu einer Reizung der Haut oder zu Intoxikationserscheinungen kommt.

Die schönen Resultate, die wir an der hiesigen dermatologischen Klinik mit den Salbenleimen erzielt haben, schreibe ich hauptsächlich ihrer konstanten und regelmäfsigen Wirkung zu. Den besten Erfolg hatten wir bei Psoriasis, bei Individuen mit hartnäckiger, zuweilen mit Lichenifikation der Haut komplizierter Prurigo und bei Ekzemen infolge von Varicen zu verzeichnen. Ferner hat sich der Quecksilbersalbenleim bewährt bei Syphilomen, obwohl nur eine geringe Zahl derartiger Fälle zur Behandlung kam. Was aufserdem noch die Verwendung der Salbenleime empfiehlt, das ist der bescheidene Preis derselben, im Vergleich zu den anderen Vehikeln. Hier in Parma kommt nämlich das Kilo auf 5 Francs zu stehen; dazu kommen dann noch die Kosten für die beigemischten medikamentösen Substanzen. Nun aber genügen 250,0 vollständig zur Bedeckung der ganzen Körperoberfläche eines Mannes mittlerer Gröfse und andererseits bleibt ein Anstrich etwa drei Tage liegen.

In Anbetracht der angeführten Vorzüge der Salbenleime glaube ich dieselben aufs wärmste empfehlen zu können.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Versammlungen.

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. November 1898.

Originalbericht von Dr. JOHN HIRSCH-Berlin.

FRANK stellt eine 26jährige anämische Frau vor, die an **Hämoglobinurie** leidet. Die Entleerung des braunroten Urins findet ohne Beschwerden statt. Man kann cystoskopisch den blutig gefärbten Urin aus beiden Ureterenmündungen in die vollkommen intakte Blase spritzen sehen. Das Sediment enthält nur wenig rote Blutkörperchen, wenig Leukocyten, eine geringe Anzahl von Cylindern. Die Diagnose wurde durch das Spektroskop sicher gestellt. Milz, Leber und die übrigen Organe sind normal. Was die Ätiologie angeht, so sind Malaria, Lues und toxische Momente in diesem Falle ausgeschlossen. Die Patientin selbst giebt als Ursache für ihre Erkrankung starke Erkältung an; sie habe während des Winters in einer Gastwirtschaft in einem Keller gearbeitet. Wenn man die Patientin 1/4 Stunde lang in bloſsen Strümpfen umhergehen läſst, so kann man direkt einen Anfall auslösen.

In der Diskussion berichtet STEINER über eine ähnliche Beobachtung bei einer 33jährigen Patientin. Der Hämoglobingehalt des Blutes war auf 30% gesunken. Der Anfall trat immer nur nachts ein, wobei bemerkenswert, daſs nur der Nachturin einen reichlichen Eiweiſsgehalt zeigte. Da die Patientin die Erkrankung mit dem Schlaf in Zusammenhang brachte, wurde dieselbe künstlich wach gehalten. Der Anfall blieb trotzdem nicht aus. Wegen der südrussischen Heimat der Patientin lag der Verdacht auf eine parasitäre Erkrankung nahe, doch fiel die Untersuchung des Blutes stets negativ war. — SENATOR führt aus, daſs die periodische Hämoglobinurie keine seltene Erkrankung ist. Interessant sei der von FRANK vorgestellte Fall aus dem Grunde, weil in diesem zum ersten Male die Entleerung des hämoglobinhaltigen Urins aus beiden Nieren cystoskopisch festgestellt ist. Es wird vor jedem Anfalle und bei dem Abklingen desselben Albumen im Urin beobachtet. Sektionsbefunde liegen bei dieser Erkrankung bisher nicht vor. In Bezug auf die Therapie sind bisher alle Versuche, die Hämoglobinurie zu heilen, erfolglos geblieben. Wo Syphilis vorgelegen, wird man eine antisyphilitische Kur einleiten. Von dem Chinin, das bekanntlich eine Wirkung auf das Blut entfaltet, habe er keinen Erfolg gesehen. v. LEYDEN schlug vor, die Patienten gegen Kälte abzuhärten; doch auch damit habe er keinen Erfolg erzielt. — MANKIEWICZ hat bei einem Schulkinde eine paroxysmale Hämoglobinurie beobachtet. Sobald das Kind in der kalten Jahreszeit die Pausen im Freien zubrachte, trat der Anfall ein. Durch die prophylaktisch wirkende Anordnung, daſs das Kind in den Pausen im Klassenzimmer verbleiben durfte, habe er Heilung erzielt. — EWALD weist auf die Nutzlosigkeit des bei Hämoglobinurie empfohlenen Amylnitrit hin.

Sitzung vom 30. November 1898.

In der Diskussion über den Vortrag CASPERS **„Therapeutische Erfahrungen über den Ureterenkatheterismus"** ergreift ISRAEL das Wort. Er führt aus, daſs sehr günstige Momente zusammentreffen müssen, wenn das Verfahren Erfolg habe, das Becken bei Pyonephrose durch Ausspülungen zu heilen. Es gebe viele Fälle, wo die Nierenbeckenausspülungen direkt unmöglich sind, und ferner viele, wo das Ver-

fahren direkt kontraindiciert ist. Seine Einwände seien nicht theoretisch konstruiert; es seien auch keine Raritäten, in denen es unmöglich ist, den Ureterenkatheterismus auszuführen. Wenn bei Pyonephrose ein System von kleinen Höhlen bestehe, keine vollständig freie Kommunikation zwischen den Kelchhöhlen und dem Becken vorhanden ist, da ist die Wirksamkeit des Casperschen Verfahrens unmöglich. Weiter komme es auf die Beschaffenheit der Sekrete an. Ist dasselbe klebrig, eingedickt, so kann man mit dem dünnen Ureterkatheter die Krankheitsprodukte nicht ableiten. Ebensowenig werde die Methode bei abgeschlossenen miliaren Eiterherden etwas positives leisten. Ferner bei tuberkulöser Pyonephrose seien die Beckenspülungen unbrauchbar. Da könne ein Ureterenkatheterismus unter Umständen schaden. Das Verfahren stehe machtlos den Verzerrungen des Ureters, der abnormen Verlaufsrichtung desselben gegenüber. Wenn septische Prozesse, Fieber bei Pyonephrose vorhanden sind, da wäre es ein Fehler, das langsam wirkende Verfahren anzuwenden; da gilt es, die Quelle des Fiebers schleunig zu beseitigen. Wenn man bedenkt, wie schwer eine chronische Cystitis oft heilbar ist, obwohl die Einführung des Katheters hier viel einfacher ist, und die Sekrete durch ein weiteres Rohr abfliefsen, wird man es verstehen, wie aussichtslos meist die Nierenbeckenausspülungen mit dem kapillaren Katheter sind. Eine grundlegende Änderung in dem bisherigen Verfahren der Behandlung der Pyonephrose könne er nicht zugeben. Von 81 Fällen, die er behandelt habe, kämen nur 3 Fälle in Betracht, wo die Möglichkeit gewesen wäre, auf dem Casperschen Wege einen Erfolg zu erzielen. So viel stehe für ihn fest, dafs der Ureterenkatheterismus zuweilen grofses Unheil anrichte. Er kenne einen Arzt, der an einer chronischen Cystitis leide. Da er über Beschwerden in der rechten Nierengegend klagte, so war der Verdacht auf rechte Pyonephrose aufgetaucht. Der Katheterismus des Ureters förderte klaren Urin. Unmittelbar nach dieser Untersuchung erkrankte der Arzt fieberhaft unter Schüttelfrost und Erbrechen. Kurzdauernde Anfälle wiederholen sich seit jener Zeit in gewissen Abständen. Man dürfe daher nicht zweifeln, dafs der Ureterenkatheterismus in diesem Falle direkt geschadet habe; habe der Patient noch keine Pyelitis gehabt, so habe er sie durch die Untersuchung acquiriert; ist aber eine Pyelitis vorher vorhanden gewesen, so sei sie mindestens durch die Einführung des Instrumens verschlimmert worden. Noch einen zweiten Fall führt I. an, wo der Ureterenkatheterismus seiner Meinung nach geschadet habe. Es handele sich um einen malignen Nierentumor. Bei der Nephrektomie zeigten sich frische miliare Abscesse in der Niere. Da der Patient 12 Tage vor der Operation der Untersuchung mit dem Ureterenkatheter unterworfen wurde, so liege der Schlufs nicht fern, dafs ein Zusammenhang zwischen der instrumentellen Einführung und den Abscessen bestehe, zumal Israel zum ersten Male unter 44 Fällen eine Vergesellschaftung eines Tumors mit Eiter sehe. Das Alter des Eiters entspreche sehr wohl der Zeit zwischen der Einführung des Instruments und der Nephrektomie. — Auch den diagnostischen Wert des Ureterenkatheterismus könne er nicht in vollem Umfange zugeben. Die Harnstoffproduktion schwanke in weiten Grenzen; 20 ccm Harn, welchen man bei einem Katheterismus des Ureters gewinnt, seien nicht für die Leistungsfähigkeit einer Niere mafsgebend. Nur die 24stündige Harnmenge lasse einen diagnostischen Rückschlufs auf die Funktionsfähigkeit einer Niere machen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Dezember 1898.

Originalbericht von Dr. JOHN HIRSCH-Berlin.

BUSCHKE stellt eine 65jährige Frau vor, deren Hautleiden seit einem Jahre besteht. Es handelt sich um **Neurodermitis circumscripta** an der rechten unteren Extremität im Verlauf der VOIGTschen Grenzlinien. Es handelt sich um kleine Efflorescenzen, die zum Teil vereinzelt, zum Teil zu Leisten zusammengeflossen dastehen. Die Erkrankung begann mit Jucken, zeigte stets ein strichförmiges Wachstum, wanderte vom mittleren zum oberen Drittel des Oberschenkels und ging auf die Glutaealgegend über. TOUTON habe eine ähnliche Erkrankung mit linearer Anordnung in den VOIGTschen Grenzlinien beschrieben. JADASSOHN sah einen linearen Naevus daselbst. B. selbst sah eine Psoriasis in diesen Linien sich lokalisieren. — LEDERMANN habe ebenfalls einen solchen Fall gesehen und vorgestellt. Die Übergänge zwischen Lichen ruber planus und dem Lichen chronicus VIDAL sind so grofs, dafs sie schwer voneinander zu scheiden sind. Wir wissen nicht, ob es sich in diesen Fällen um nervöse oder infektiöse Affektionen handele.

BLASCHKO sah Psoriasis halbseitig in den VOIGTschen Linien verlaufen. Es kommt vor, dafs der linear auftretende Lichen VIDAL sich allmählich verbreitere und somit in den Lichen ruber planus übergehe. — LESSER hat einen strichförmig auftretenden Lichen ruber planus in Bern gesehen. Die Heilung trat unter Arsenik prompt ein.

Darauf stellt ISAAC einen Fall von **tertiärem, kleinpapulösem, konfluierendem Syphilid** vor. Es handelt sich um einen Droschkenkutscher, dessen Infektion vor 10 Jahren mit Sublimatinjektionen behandelt worden war.

Hierauf demonstriert HELLER einen Patienten mit **Porokeratosis** am rechten und linken Handrücken. Die Hauterkrankung nimmt den Bezirk eines Rechtecks ein, dessen Seitenlängen 3,5 und 4,5 cm sind. Es zeigen sich serpiginös geschlängelte Linien von weifser, teils weifsrötlicher Farbe. Die Erkrankung besteht schon 8 Jahre und macht dem Patienten keine Beschwerden. Für Lues hereditaria resp. Tuberculosis cutis ist kein Anhaltspunkt vorhanden. Die Affektion habe grofse Ähnlichkeit mit dem von MIBELLI zuerst beschriebenen Falle von Porokeratosis.

Alsdann demonstriert LEDERMANN ein Kind mit **Diabetes insipidus** bei Lues secundaria. Es handelt sich um ein sehr bleich aussehendes Mädchen. Es hat Plaques am harten Gaumen und klagt über Kopfschmerz. Dasselbe scheidet 6 Liter zuckerfreien Harn aus. LEDERMANN nimmt an, dafs die Polyurie centralen Ursprungs sei und durch eine Endarteriitis specifica in der Gegend des vierten Ventrikels ihre Erklärung findet. — MANKIEWICZ hingegen glaubt, dafs der Diabetes insipidus in diesem Falle nicht syphilitischen Ursprungs sei, sondern durch die schwere Anämie hervorgerufen werde. Eine gute Nahrung und Eisen werden die Polyurie beseitigen. Wenn es sich in diesem Falle um eine Polyurie centraler Natur mit syphilitischer Basis handele, so müfste sie auch mit der Schmierkur ihre Heilung gefunden haben. — LEDERMANN entgegnete, dafs das Kind seit Oktober an dem Diabetes insipidus leide, seit 8 Tagen aber erst die Schmierkur eingeleitet sei.

LEDERMANN stellte noch eine Frau mit einem **Fufsgeschwür** vor, welches sich in grofser Ausdehnung in eine nekrotische Fläche umgewandelt hat. Dieses ist durch das Orthoform hervorgerufen. — BLASCHKO meint, dafs die Idiosynkrasie gegen Orthoform eine nicht seltene Erscheinung sei. Auch SAALFELD hat mit Orthoform schon unangenehme Erfahrungen gemacht.

In der darauffolgenden Diskussion über den von CASPER in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrag: **Beitrag zur Wirkung des Argentum nitricum in der Harnröhre und Harnblase** nimmt MANKIEWICZ zuerst das Wort. Er führt aus,

dafs die Behauptung, Argentum nitricum-Instillationen führen zu keiner Striktur, nicht genügend erwiesen ist. Die Verhältnisse liegen bei der blennorrhoischen Urethritis, wo die Schleimhaut des Epithels beraubt ist, ganz anders als beim Experiment am Tier mit normaler Urethra. Es ist doch möglich, dafs das Argentum nitricum eine Steigerung der vorhandenen Eiterung hervorrufe, dafs eine Rundzellenorganisation eintrete und dafs das Endresultat eine Striktur sei. Wenn ein Mittel zu Strikturen Veranlassung geben kann, so ist es das Argentum nitricum.

Blaschko macht darauf aufmerksam, dafs man heutzutage weit weniger Strikturen als früher zu behandeln habe, ein Beweis, dafs das allgemein gebrauchte Argentum nitricum keine Striktur herbeiführe. Eine andere Frage ist es, in welcher Form sich das Silber auf das submuköse Gewebe niederschlägt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dafs es sich nicht in Form des Argentum nitricum als metallisches Silber im Gewebe vorfindet. Dies macht eine weniger intensive Reizung. Da das Argentum eher zu tief als zu wenig wirke, so ist ein Suchen nach Ersatzmitteln mit gröfserer Tiefenwirkung völlig überflüssig.

Rosenthal ist der Meinung, dafs in dem Protargol ein vorzügliches Mittel gefunden ist, welches bei mangelndem Reiz eine vortreffliche Tiefenwirkung entfaltet.

Casper führt im Schlufswort aus, dafs der Einwurf von Mankiewicz, er habe an gesunden tierischen Schleimhäuten und nicht an blennorrhoischen seine Experimente gemacht, nicht ganz stichhaltig sei. Die Verhältnisse lagen sehr ähnlich wie bei der Blennorrhoe; man habe nicht mit der neuen Injektion von Argentum gewartet, bis das Gewebe sich regeneriert habe, sondern in möglichst kurzen Zwischenräumen die Schleimhaut immer neuen Ätzungen mit Argentum unterworfen. Sobald die Rundzellen an die Oberfläche gelangen, so erscheint dies als eine Eiterung. Letztere führt nur dann zur Narbe, wenn die Rundzellen sich in Spindelzellen umwandeln. Jede Rundzelleninfiltration kann ohne Rücklassung einer Narbe resorbiert werden.

Zum Schlufs hielt Apolant einen Vortrag: **Zur Pathogenese der lokalisierten Antipyrinexantheme.** Seit 10—12 Jahren bemerke er an sich selbst eine Idiosynkrasie gegen Antipyrin. Nach Einnahme dieses Mittels stellt sich ein Erythem an der rechten Schläfenseite und eine Schwellung der Scrotalhaut ein. Er hat nun 3 g Antipyrin an verschiedenen Stellen des Körpers auf grofse Flächen verrieben und sah stets den Fleck an der Schläfe nach Verlauf von 15 Stunden eintreten. Des weiteren hat er an sich die interessante Beobachtung gemacht, dafs 0,05 g Antipyrin genügen, um das betreffende Erythem an der Schläfe hervorzurufen, wenn er jene kleine Dosis an der Stelle verreibt, wo die typische Reaktion erscheint. Dieses Exanthem diente ihm als ein schärferes Reagens als alle chemischen und spektroskopischen Methoden (s. pag. 104).

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. November 1898.

Originalbericht von E. de Lavarenne-Paris.

Kultur des Ducreyschen Bacillus. Lenglet zeigt einige Reagensgläschen mit Reinkulturen des von vier Fällen von weichem Schanker herrührenden Ducreyschen Bacillus. Diese Reinkulturen sind in allen vier Fällen identisch; Inokulationsversuche auf den Menschen fielen überall positiv aus und ergaben wieder Reinkulturen desselben Bacillus. Als Nährboden wählte L. eine Substanz, die er aus Proteinkörpern der menschlichen Haut durch Einwirkung energischer, löslicher Fermente darstellte. Das Nähere gedenkt er anderweitig ausführlich mitzuteilen. Tierexperimente fielen stets negativ aus. Unter dem Mikroskop erscheinen die Kolonien des Bacillus als

unregelmäfsig rundliche, leicht graulichweifse, im Centrum etwas dickere Massen mit abgeplatteter Spitze. Die Kolonien haben meist einen Durchmesser von 1 mm, zuweilen von 2 mm; ihre Ränder sind unregelmäfsig, ausgezackt. Ihre Lebensdauer ist eine kurze und nach dem dritten Tage lassen sie sich nicht mehr übertragen und mikroskopisch lassen sich keine Pilze mehr nachweisen. Morphologisch bestehen die Kolonien aus einem dichten Knäuel von Pilzfäden, welche die Ränder nach allen Richtungen überragen. Die Bacillen sind an ihren Enden abgerundet und kettenförmig angeordnet, 0,5—2,0 μ lang und 0,5 μ breit; im Centrum läfst sich eine helle Stelle erkennen. Die Glieder der Bacillenkette sind durch eine verhältnismäfsig ziemlich resistente, lichtbrechende, nach der Methode von Ziehl nur ganz schwach färbbare Substanz unter sich verbunden. Der in den Kulturen vorkommende Bacillus gleicht dem in der Tiefe der Gewebe nachgewiesenen, wo er nur in geringer Anzahl angetroffen wird.

Neue Untersuchungen über eine pustulöse und bullöse Form der fälschlich Pemphigus vegetans genannten Affektion von Neumann. Hallopeau: Die Dermatose die wir „chronische pustulöse Dermatitis mit excentrisch fortschreitenden Herden“ — Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique — genannt haben, erscheint unter drei Formen: einer pustulösen, einer bullösen und einer gemischten. Wir schlagen vor, sie als Neumannsche Krankheit zu bezeichnen, bis das infektiöse Agens aufgefunden ist. Die Prognose ist verhältnismäfsig günstig, da die Erscheinungen unter Anwendung von lokalen antiseptischen Mitteln abnehmen. Von der Dermatitis herpetiformis unterscheidet sie sich durch ihre Autoinokulationen, das vegetierende Aussehen ihrer Elemente, das öftere Fehlen subjektiver Beschwerden, das hartnäckige Bestehen von eiternden Wucherungen in der Umgebung der natürlichen Körperöffnungen, welche Wucherungen unter dem Einflusse lokaler Reize sich stets wieder erneuern. Von der Impetigo herpetiformis unterscheidet sie sich durch die Tiefe der Eiterung, das Fehlen von Epidermiserhebungen und von Fieber.

Brocq: Die Patientin wurde früher schon von Vidal und mir vorgestellt und zeigte damals nur an den Füfsen Wucherungen; auf dem ganzen übrigen Körper bestand eine allgemeine, vesikulöse, bullöse, erythematöse, pruriginöse Eruption wie sie für die Duhringsche Dermatitis herpetiformis charakteristisch ist. Erst zwei Jahre später erschien die Affektion unter ihrem eigentlichen Bilde. — Leredde: Die Affektion ist in histologischem Sinne vesikulös, nicht pustulös; die Pustel ist hier nur sekundäre Erscheinung. Eosinophile Zellen sind vorhanden, weshalb wir auch eine der Dermatitis herpetiformis verwandte Affektion vor uns zu haben glauben.

Histologische Untersuchung über einen Fall von Recklinghausenscher Krankheit. Jeanselme: Die 40jährige Patientin zeigt alle Erscheinungen der Neurofibromatose: knotenartige Tumoren, hyperchromatische Flecken und Plaques, pigmentierte, pilöse und vaskuläre Naevi. Zwei dieser Tumoren, von denen einer die Hautoberfläche überragte, der andere tief in der Dicke der Cutis stak, wurden mikroskopisch untersucht und bestanden je aus einem wohl umschriebenen erbsengrofsen Fibrom; zahlreiche Mastzellen mit hellblauem Kerne im sklerösen Gewebe. Die in diesen Fibromen enthaltenen Organe: Nervenfasern, Gefäfse, Haarfollikel, glatte Muskelfasern sehen vollständig normal aus.

Darier hat viele Fälle von sowohl vollständiger (Haut- und Nerventumoren, Pigmentation) als unvollständiger Neurofibromatose gesehen. Histologisch sind die Nerventumoren von der lamellösen Scheide umschlossene Fibrome; die Tumoren der Cutis sind weiche, zellenreiche, aufser dem Bereiche der Nerven sich entwickelnde Fibrome, indem die Nerven, welche die Neubildung durchziehen, von ihrer vollständigen Scheide umgeben sind; dem würde aber nicht so sein, wenn die Ansicht v. Reckling-

HAUSENS, welcher die Tumoren als terminale Neurofibrome betrachtet, richtig wäre. Die Affektion ist eine kongenitale, zuweilen familiale Dystrophie, welche den Bildungsanomalien und den Naevis verwandt ist.

Polymorphes Jodkaliumerythem. DANLOS: Die Dermatose sieht auffallend der DUHRINGschen Krankheit ähnlich und ist mit heftigem Jucken verbunden. Es ist schwer zu entscheiden ob es sich wirklich um diese Affektion handelt oder bloſs um ein polymorphes Erythem, das ihr auffallend gleicht. Der Patient wurde mit Arsenik behandelt und ist nun beinahe vollständig geheilt.

LEREDDE hat den Fall in hämatologischer Beziehung genau untersucht und hat sehr zahlreiche eosinophile Zellen in den Blasen konstatiert, sowie eine 10—14%ige Eosinophilie des Blutes, welche nach und nach auf 3% herunterfiel, während gleichzeitig auch die Hauterscheinungen zurückgingen. Die Dermatose muſs somit nach der Ansicht von L. als eine DUHRINGsche Dermatitis betrachtet werden. Im Blute wurden ferner reichliche anormale Zellen vorgefunden, welche aus dem Rückenmark stammen. Er betrachtet die DUHRINGsche Krankheit, den Pemphigus vegetans, die HALLOPEAUsche Dermatose und den Pemphigus foliaceus, wo er die nämlichen Blutläsionen wie bei der DUHRINGschen Krankheit gefunden hat, als Affektionen, welche mit Veränderungen des Knochenmarks einhergehen. Als Beweis hiervon möge der von HALLOPEAU und CONSTENSOUX vorgestellte Patient dienen.

Über einen Fall von Pemphigus foliaceus mit Osteomalacie. HALLOPEAU und CONSTENSOUX: Es ist dies der erste mit Osteomalacie komplizierte Fall von Pemphigus. Wahrscheinlich ist hier die Osteomalacie ein Folgezustand der Hautaffektion, welche eine übermäſsige Elimination der Kalksalze durch die Haut veranlaſste. Es könnte auch die Frage aufgeworfen werden ob nicht die Hautoberfläche der Sitz saurer Substanzen sei, die nach ihrer Resorption eine Entkalkung der Knochen veranlaſst; aber die Hautoberfläche ist hier alkalisch.

Zur Histologie der Psoriasis. SABOURAUD liest eine sehr sorgfältig ausgeführte Arbeit von MUNRO-Sidney vor, worin Verfasser zum Schlusse kommt, daſs die primäre Läsion der Psoriasis aus kleinen miliaren Abscessen der Hornschicht der Epidermis besteht; um diese präformierten Abscesse herum führt die epidermale Reaktion zur Hyperkeratose. In den Leukocytenansammlungen, welche die primäre Erscheinung bei der Psoriasis darstellen, konnten keine Mikroorganismen nachgewiesen werden.

Über den Mechanismus der durch Thalliumacetat erzeugten Alopecie. JEANSELME: Eine Patientin hatte wegen Nachtschweiſsen in drei Tagen 0,27 Thalliumacetat eingenommen und bald darauf erfolgte ein so mächtiger Haarausfall, daſs die ganze Kopfhaut vollständig kahl wurde. Unter dem Mikroskope konstatierte man, daſs zwischen dem freien Ende des Haares und dessen Wurzel eine Einschnürung vorhanden war. Das Thallium selbst konnte nach der sonst auſserordentlich empfindlichen spektroskopischen Methode in der sehr groſsen Menge von Haaren nicht nachgewiesen werden. Gegenwärtig, d. h. drei Monate nach der Einnahme des Salzes, haben sich nur ganz wenige junge Haare gezeigt und ist zu befürchten, daſs die übrigen Follikel für immer zerstört sind.

Durch die Methode von CZERNY geheiltes Epitheliom der Nase. GASTOU und HAURY. Histologisch zeichnet sich die Neubildung aus durch das reichliche Vorkommen von Lymphzellen, welche die spezifischen Zellen umgeben und zum Teil voneinander trennen. Es scheint aus den bisherigen Erfolgen in fünf Fällen, welche nach dieser Methode behandelt wurden, hervorzugehen, daſs die Behandlung um so mehr Aussicht auf Erfolg hat, als die Lymphzelleninfiltration reichlicher ist.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 46, Heft 3. 1898.

I. **Über das Verhältnis der Darierschen Krankheit zur Ichthyosis,** von Ernst Doctor-Frankfurt a. M. Nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Litteratur beschreibt der Verfasser zwei Fälle, welche in der Praxis des Herrn Dr. Herxheimer zur Beobachtung gelangt sind. Fall 1 betrifft eine 33jährige Frau, die seit ihrer Jugend an der jetzigen Hautkrankheit leidet und bisher erfolglos behandelt worden ist. Es handelt sich bei der Affektion um eine hauptsächlich an den Gelenkbeugen, den Nasolabialfurchen, der Radialseite der rechten Handwurzel, Nabel, Unterbauchgegend und Rima ani lokalisierte, mit Jucken verbundene Keratose, deren Primärefflorescenz kleinerbsengroſse, schmutziggraue oder rötliche Knötchen darstellen, die mit einer mehr oder weniger leicht abhebbaren Hornschuppe bedeckt sind. Diese Knötchen sind zum Teil konfluiert und an den Gelenkbeugen in längs verlaufenden Linien angeordnet. — Nach der histologischen Untersuchung des Verfassers hat man es mit einer von den Haartaschen resp. den Schweiſsdrüsenausführungsgängen ausgehenden Hyperkeratose zu thun, verbunden mit einer starken Wucherung der Epidermis in der Umgebung derselben. Die Kerne in dem verdickten Stratum corneum sind erhalten, das Stratum granulosum fehlt, die obersten Stachelzellenreihen sind aufgelockert, die Zellen in eigentümlicher Weise verändert. Die Veränderung besteht in einer allmählichen Degeneration der Kerne und dem Auftreten einer homogenen, nicht oder schwer färbbaren Substanz im Protoplasma, die, wie es scheint, den Kern schlieſslich an die Seite der Zelle drängt. Verfasser glaubt nicht, daſs diese homogene Substanz Keratin ist; es spricht dagegen, daſs sie sich bei der van Giesonfärbung nicht wie das Keratin der Hornschicht tingierte, nach Gram ungefärbt blieb; auch fehlte der der Hornsubstanz eigentümliche Glanz. Bei der künstlichen Verdauung mit Pepsinsalzsäure im Brutofen wurden die fraglichen Zellen mit verdaut. *Mit den „Corps ronds" Dariers sind die degenerierten Zellen sicher nicht identisch.* — Verfasser beschreibt noch einen zweiten Fall der Darierschen Krankheit bei einem 17jährigen Mädchen. Auch hier fehlten nach der histologischen Untersuchung die den Darierschen Corps ronds und grains entsprechenden Gebilde. — Bei der Erörterung der Frage nach dem Verhältnis der Darierschen Krankheit zur Ichthyosis muſs Verfasser zugeben, daſs beide Affektionen wohl Unterschiede aufweisen, daſs diese aber nicht hinreichen, um die Aufstellung eines besonderen Krankheitstypus zu rechtfertigen.

Verfasser gelangt demnach zu folgenden Schluſssätzen: 1. Die Dariersche Krankheit stellt eine an die Haarfollikel oder Schweiſsdrüsenausführungsgänge gebundene, aber auch unabhängig von diesen auftretende Hyperkeratose dar. 2. Dieselbe ist meistens, aber nicht immer, mit Parakeratose verbunden. Die sogenannten Darierschen Körperchen sind eine Teilerscheinung der Parakeratose, gehören aber nicht unbedingt zum Krankheitsbild, es können vielmehr auch Zelldegenerationen anderer Art dabei auftreten. 3. Die Dariersche Krankheit ist eine Abart der Ichthyosis vulgaris, die sich von derselben klinisch im wesentlichen durch die Lokalisation und die Darierschen Knötchen, histologisch durch die Wucherung der Papillen und des Rete Malpighii unterscheidet.

II. **Die Antipyrinexantheme,** von Hugo Apolant-Berlin. Der Verfasser will mit der vorliegenden Arbeit den Versuch machen, durch eine übersichtliche Zusammenstellung und eingehende Analyse des umfangreichen, in der Litteratur aufgespeicherten kasuistischen Materials sowie durch experimentelle Beobachtung am eigenen Körper die als Nebenwirkungen des Antipyrins auftretenden Ex- und Enantheme dem Verständnis näher zu bringen. — Man kann die Antipyrinexantheme zweckmäfsigerweise in zwei grofse Gruppen, in die lokalisierten und in die universell disseminierten einteilen.

Der einfachste Typus des lokalisierten Exanthems ist die „Eruption erythémato-pigmentée“ von Brocq. Das Erythem kommt nach einer einmaligen Dosis in verhältnismäfsig kurzer Zeit, zuweilen schon nach einigen Minuten, spätestens nach einem Tage zum Vorschein. Fast ausnahmslos geht seinem Auftreten ein eigentümliches Brennen resp. Jucken voraus. Das lokalisierte Erythem kann als eines der dauerhaftesten Antipyrinexantheme angesehen werden, da es mindestens mehrere Tage, häufig selbst Wochen hindurch besteht. Die stets folgende Pigmentation kann bei häufig wiederkehrenden Recidiven eine dauernde werden. — Der Verfasser bespricht die verschiedenen Varietäten des lokalisierten Erythems und teilt für dieselben prägnante Beispiele aus der Litteratur mit. — Die Frage nach der Pathogenese der Antipyrinexantheme führt den Verfasser auf eine Erörterung der Idiosynkrasie. Dieselbe zeigt beim lokalisierten Erythem eine grofse Mannigfaltigkeit, bei der man jedoch vier Hauptfälle unterscheiden kann: 1. Die Idiosynkrasie bleibt stets die gleiche. 2. Sie nimmt im Laufe der Zeit zu. 3. Sie nimmt im Laufe der Zeit ab. 4. Sie schwankt. — Das Zustandekommen des lokalisierten Erythems erklärt Verfasser nach eingehender Besprechung der verschiedenen Theorien und auf Grund von an sich selbst angestellten Experimenten in der Weise, dafs das den Körpersäften zugeführte Antipyrin direkt lähmend auf die Nervenendigungen der kleinsten Gefäfse wirkt und zwar an denjenigen Stellen, die aus unbekannten Ursachen oder infolge vorausgegangener analoger Affektionen eine erhöhte Reizempfindlichkeit darbieten.

In der Gruppe der universell disseminierten Exantheme unterscheidet Verfasser drei Hauptformen: 1. Das morbillöse Exanthem; 2. die Urticaria; 3. das kongestive Ödem. — 1. Das morbillöse Exanthem zeigt folgende Unterarten: a) das scarlatinöse, b) das bullöse, c) das hämorrhagische Exanthem, d) das Erythema nodosum. — Den disseminierten Exanthemen kommt fast stets eine ausgesprochen symmetrische Anordnung zu, welche den lokalisierten meist fehlt. — In sehr eingehender Weise unter steter Berücksichtigung der umfangreichen einschlägigen Litteratur bespricht der Verfasser die verschiedenen Gruppen und Unterarten der disseminierten Antipyrinexantheme. — Was das kongestive Ödem betrifft, so zeigt dasselbe folgende charakteristische Merkmale: 1. Es entwickelt sich ausnahmslos in kurzer Zeit, meist wenige Minuten nach Einnahme des Antipyrins und hat, wofern keine weiteren Komplikationen hinzutreten, einen sehr flüchtigen Bestand. 2. Vorzugsweise werden diejenigen Hautstellen befallen, die sich, wie die Augenlider, Lippen, Gesichtshaut durch einen besonders zarten Bau auszeichnen, und auch bei sonstigen Hautaffektionen relativ oft und intensiv mit ödematöser Schwellung reagieren. 3. Das kongestive Ödem tritt fast ausnahmslos symmetrisch auf.

Bei der grofsen Polymorphie der Antipyrinexantheme ist es nicht zu verwundern, dafs immer noch Fälle übrig bleiben, welche sich in keine der besprochenen Gruppen einreihen lassen. Verfasser teilt die Krankengeschichten einiger solcher exceptionellen Fälle mit und beschliefst die umfangreiche, sehr instruktive Arbeit mit einem ausführlichen Verzeichnis der einschlägigen Litteratur (s. pag. 100).

III. **Über die Resultate der TR-Behandlung an der Bonner Hautklinik,** von H. Napp und C. Grouven-Bonn. Es wurden insgesamt 39 Patienten, und zwar 20 Männer und 19 Frauen der TR-Behandlung unterzogen. 37 litten an Lupus, einer an multipler Hauttuberkulose, einer an Zungentuberkulose; von diesen zeigten zwei Komplikationen mit Gelenk-, bezw. Knochentuberkulose, drei hatten deutlich nachweisbare tuberkulöse Lungenaffektion, einer war mit Tuberkulose des Urogenitaltraktus behaftet. Eine objektiv nachweisbare Einwirkung des TR auf die Tuberkulose innerer Organe haben die Verfasser bei den zwei Patienten, die hier in Betracht kommen, nicht beobachtet, weder eine Wendung zum Besseren, noch zum Schlechteren. Das Allgemeinbefinden der mit TR Behandelten war ein aufserordentlich wechselvolles. Von grofsem Einflusse war hierbei weniger die Körperkonstitution der Patienten, als das Verhalten der Temperatur. Fast regelmäfsig waren Temperatursteigerungen von Störungen des Allgemeinbefindens gefolgt. Nur in zwei Fällen traten schwere, bedrohliche Erscheinungen auf. — Von Interesse war bei den Patienten die Schwankung des Körpergewichts. Von den 39 alle 6 Tage regelmäfsig gewogenen Patienten zeigten 8 konstantes Gewicht, 15 eine Abnahme, 16 eine Zunahme des Körpergewichtes. Die stärksten Gewichtsabnahmen gelangten bei den weniger kräftigen, die stärksten Zunahmen bei den schon von vornherein in gutem Ernährungszustande befindlichen Patienten zur Beobachtung. In fünf Fällen wurde Auftreten von Albumen im Urin, allerdings in nur sehr geringen Mengen, beobachtet. Im folgenden teilen die Verfasser ausführlich ihre Beobachtungen über die Einwirkung des TR auf lupöses Gewebe mit. Aus denselben geht hervor, dafs das TR, wenn es auch keine dauernde Heilung bringen kann, jedenfalls einen entschieden günstigen Einflufs auf Vernichtung des tuberkulösen Prozesses auszuüben im stande ist und bei vorsichtiger Anwendung keine wesentlichen Schädigungen des Gesamtorganismus im Gefolge hat. Wie weit es Immunisierung gewähren kann, läfst sich bei der Kürze der Beobachtungsdauer noch nicht bestimmt sagen. — Nach den bisherigen Resultaten darf das TR bei gleichzeitig nebenhergehender, rationeller lokaler Behandlung als unterstützendes Moment in Anwendung kommen und einen hervorragenden Platz unter den Mitteln zur Bekämpfung der Hauttuberkulose einnehmen, wenn es auch eine radikale und definitive Heilung allein nicht bringen kann.

IV. **Zur Frage von der Behandlung der Augenblennorrhoe,** von E. Welander-Stockholm. Verfasser hat Gelegenheit gehabt, im Krankenhause St. Göran das neue, von Pezzoli empfohlene Silberpräparat Largin in einigen Fällen von Augenblennorrhoe mit dem gröfsten Erfolge anzuwenden. Die Krankengeschichte eines dieser Fälle wird im folgenden mitgeteilt. Der 44jährige Patient zeigte beim Eintritt ins Krankenhaus die Lider beider Augen ziemlich geschwollen, die oberen Augenlider infolge der Verdickung der stark geröteten Conjunctiva etwas ektropiert. Aus beiden Conjunctivalsäcken flofs reichlicher, stark gonokokkenhaltiger Eiter. Nicht der geringste Ausflufs aus der Urethra war zu konstatieren. Die Behandlung bestand in fleifsigem Spülen der Augen und fünfmal täglichen Pinselungen der Conjunctiva mit 2%iger Larginlösung. Der Patient wurde nach vierwöchentlichem Aufenthalte im Krankenhause als geheilt entlassen. Der Fall war von besonderem Interesse, einmal weil er die gonokokkentötende Wirkung des Largins so deutlich zeigte und zweitens weil eine wiederholte neue Infizierung des Auges von wahrscheinlich im Thränenkanal verborgen gebliebenen Gonokokken ausging. — Das Largin mufs, um wirksam zu sein, ziemlich lange mit der Schleimhaut in Berührung sein. Aus diesem Grunde hat Verfasser kleine Gelatinetabletten, welche einprocentiges Largin enthalten, anfertigen lassen. Ein Stück ungefähr von der Gröfse eines Augen-

lides wird unter das Augenlid geschoben, wo es in ca. 15 Minuten schmilzt, welche Zeit also das Largin mit der Schleimhaut in Berührung bleibt.

V. **Über Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen,** von Josef Schütz-Frankfurt a. M. Verfasser behandelte im Jahre 1885 einen kräftigen, zehnjährigen Knaben an ausgedehnter Psoriasis vulgaris, welche seit dem zweiten Lebensjahre des Patienten bestanden hatte und mehrfach mit Teer und Schmierseife behandelt worden war, ohne jedoch völlig zu verschwinden. Unter rein äußerlicher Behandlung mit Chrysarobin, Pyrogallol verschwand der Ausschlag in acht Wochen. Nach sieben Monaten stellte sich ein Recidiv ein. Die erneute, ausschließlich externe Behandlung mit Chrysarobintraumaticin und Pyrogallolspiritus hatte etwa sechs Wochen gedauert, als Verfasser eines Tages bei dem Patienten eine milchweiße Verfärbung beider Mundwinkel wahrnahm. Die Inspektion der Mundhöhle ergab eine ausgedehnte, perlmutterweiße Verfärbung der rechten Wangeninnenfläche, des Gaumengewölbes bis zum Ansatz der Gaumenbögen, sowie einen blauweißlichen, horizontalen, etwa 1 cm breiten, 3 cm langen Streifen auf der linken Wangenschleimhaut. Reizerscheinungen und subjektive Beschwerden fehlten. Nirgends waren abnorme Röte, Rhagaden, Ulcerationen oder Epitheldefekte zu sehen. Die Zunge war nicht belegt, die Zähne waren tadellos, das Allgemeinbefinden vorzüglich. Aussetzen des Chrysarobins und Pyrogallols in der Psoriasisbehandlung, tägliche warme Bäder, Gurgelungen mit Folia Salviae brachten innerhalb von 14 Tagen keinerlei Besserung. Nunmehr wurde täglich 5%iger Salicylspiritus aufgepinselt und die Psoriasisbehandlung in vollem Umfange wieder aufgenommen. Allmählich trat eine Loslösung des Epithels ein. In sechs Wochen war wenig mehr von einem bläulich weißen Ton der erkrankt gewesenen Schleimhaut zu sehen. Die Psoriasis am Körper war schon vorher verschwunden. — Verfasser sah nach Jahren zwei weitere Fälle bei erwachsenen Mädchen. Er bespricht sehr eingehend die Differentialdiagnose. In Betracht kommen an erster Stelle „echte Psoriasis der Schleimhaut“, deren Vorkommen jedoch bisher in den meisten Lehrbüchern bestritten wird, ferner mit Psoriasis komplizierte Schwimmersche Leukoplakie, für welche die Vorbedingungen fehlen. Ebenso fehlen Anhaltspunkte für die Annahme von Syphilis, Pemphigus, Stomatitis, Glossitis superficialis, Lingua geographica etc. etc. Verfasser neigt zu der Ansicht, daß es sich nicht um eine echte Psoriasis der Schleimhaut in den drei von ihm beobachteten Fällen gehandelt hat, daß aber trotzdem indirekte Beziehungen zwischen „Leukokeratose“, mit welchem Namen er die Affektion bezeichnet, und Psoriasis vorliegen. Dieselbe Leukokeratose hat Verfasser noch bei zwei anderen Hautleiden und zum Teil in Abhängigkeit von denselben gesehen, nämlich zweimal bei hartnäckigen Tylomen der Hohlhand und fünfmal bei ganz eigenartigen, chronischen, schuppigen Ekzemen der Ellenbogengegend.

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band IX, Heft 10.

Über den Zuckernachweis im Harn mit Hülfe der Trommerschen Probe, von H. Malfatti. Verfasser weist auf die vielfachen unsicheren Resultate hin, die man bei Untersuchung des Harns auf Zucker mit Hülfe der Trommerschen Probe erhält; er hat daher die Probe in der Weise modifiziert, daß er zunächst durch einige Tropfen Kalilauge und Kupfersulfat in der Kälte die sonstigen reduzierenden Substanzen ausfällt und dann erst die Reduktion nach Trommer in üblicher Weise vornimmt. Zur quantitativen Bestimmung des Zuckers giebt er eine Modifikation der Fehlingschen Probe; der Urin wird nach Zusatz von Kupfersulfat, Kalilauge und

Ammoniak mit Paraffinum liquidum überschichtet und dann aus dem Zeitpunkt des Eintretens der Entfärbung beim Erhitzen annähernd der Procentgehalt an Zucker bestimmt.

Über das Vorkommen von Bacterium coli commune in der Harnröhre des Mannes, von Faltin. Da das Bacterium coli, ein häufiger Bewohner des Darms, häufig auch bei Erkrankungen der Harnwege betroffen wird, ist es von Interesse zu erfahren, ob es auf dem gewöhnlichen Wege durch die Urethra oder durch eine Art von Autoinfektion dahin gelangt. Die daraufhin an 51 Männern angestellten Untersuchungen ergaben zweimal Bacterium coli; im einen Falle liefs es sich bei Nachprüfung nicht wieder nachweisen, im anderen fand man es auch bei wiederholter Untersuchung, doch hatte er ein langes Präputium und hatte sich vielfach Injektionen gemacht. Jedenfalls kommt also das Bacterium coli selten in der Harnröhre vor; kann man nun an gröfserem klinischen Materiale nachweisen, dafs gerade die Fälle von Blasen- und Nierenerkrankungen, welche durch Bacterium coli bedingt sind, weder eine Harnröhrenaffektion aufweisen, noch durch Katheterinfektion hervorgerufen sein können, so ist dies eine grofse Stütze für die Annahme, dafs für Bacterium coli der gewöhnliche Infektionsweg ein anderer ist als die Urethra; ob der gewöhnliche Weg durch die Nieren geht, oder ob durch direkte Durchwanderung vom Rectum aus die Infektion erfolgt, ist damit noch nicht entschieden. *F. Hahn-Bremen.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 10.

I. **Über Zungensyphilis, Glossitis nodularis und Glossitis diffusa,** von J. Pini. Pini hat auf der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Bologna zwei Fälle von Zungensyphilis behandelt und sorgfältig mikroskopisch untersucht. Bei der Glossitis nodularis entwickelt sich der syphilitische Tuberkel im submukösen Bindegewebe und wächst gegen die Oberfläche, wobei die Zungenpapillen gezerrt und zur Atrophie gebracht werden. Das elastische und das Muskelgewebe werden dabei gründlich zerstört. Die Neubildung unterscheidet sich in ihrem Bau und in ihrer Entwicklung gar nicht von dem Hauttuberkel, bildet keine Riesenzellen und die Veränderungen an seinen Gefäfsen sind nicht endarteriitischer Natur. — Die Glossitis diffusa dagegen nimmt ihren Ursprung im Muskelgewebe, beschränkt sich nicht auf umschriebene Punkte, sondern überzieht mit Vorliebe das ganze Organ, bildet Riesenzellen und giebt Anlafs zur Neubildung von Bindegewebe, wodurch die ganze Zunge sich derber anfühlt, und führt schliefslich zu Mifsbildungen (Läppchen und Rhagaden) der Zungenoberfläche.

II. **Über die Häufigkeit tertiärer Formen ohne nachweisbare primäre Erkrankungen an Syphilis beim weiblichen Material eines Krankenhauses,** von Charles Viannay. Verfasser verfügt über 100 Fälle zweifelloser Tertiärsyphilis bei Frauen. Darunter befinden sich 76 Fälle von Hautgummata, 19 Fälle von Schleimhauterkrankung, 12 Fälle von Knochenaffektionen. Dies Material wird vom Verfasser ausschliefslich statistisch verarbeitet. In 52% seiner Fälle liefs sich anamnestisch eine frühere Erkrankung an Syphilis — Schanker oder sekundäre Symptome — nicht ermitteln. Unter den übrigbleibenden 48 Fällen liefs sich die voraufgegangene Syphilis sicher nur in 12 Fällen nachweisen; 16 mal lagen Aborte, Frühgeburten, Tod kleiner Kinder, aber keine eigentlichen luetischen Symptome vor. Diese Statistik stimmt mit den von anderen Autoren aufgestellten Berechnungen überein. Verfasser folgert daraus, dafs das Fehlen von früheren Symptomen nicht gegen die syphilitische Natur einer gegenwärtigen Krankheit spricht; dafs ferner jede

bei dem weiblichen Material eines Krankenhauses zur Beobachtung kommende Krankheit, bei deren Anamnese in 48 % der Fälle Syphilis vorkommt, selber syphilitischer Natur sei. Da dies Zahlenverhältnis für Tabes, Dementia paralytica und Aneurysma zutrifft, so nimmt Verfasser keinen Anstand, die Syphilis zu ihnen in ein ursächliches Verhältnis zu bringen. In der Anamnese dieser Krankheiten ist die Syphilis sogar in einem gröfsern Procentsatz vertreten, als wie ihn V. für die Tertiärformen ermittelt hat. Er erklärt sich dies Verhalten daraus, dafs Tabes, Paralyse und Aneurysma nur im Gefolge einer schweren syphilitischen Infektion auftreten, solche aber seltener als die leichten Formen übersehen wird. Seine Statistik ermutigt ihn endlich auch, in allen Fällen zweifelhafter Natur Jod und Quecksilber zu geben.

III. **Das Erythema induratum Bazin**, von Lebedde. Es wird ein Fall von Erythema nodosum der Beine bei einer 36jährigen Frau beschrieben, die nach Annahme des Verfassers tuberkulös ist. Denn er rechnet mit Boeck und anderen diese Form zu den Tuberkuliden, d. h. zu denjenigen Hautleiden, „die die engsten Beziehungen zur Tuberkulose aufweisen, ohne dafs man im stande wäre, sie unmittelbar auf die Einwirkung des Kochschen Bacillus zurückzuführen, denn dieser läfst sich bei ihnen weder mikroskopisch noch durch Impfung nachweisen." Verfasser knüpft bei seiner Mitteilung an eine frühere Veröffentlichung von Audry über denselben Gegenstand an. Der Vergleich ist insofern interessant, als Audry ein Knötchen untersucht hatte, das in seiner Entwickelung schon viel weiter fortgeschritten war. Bei letzterem waren die Veränderungen an den oberen und mittleren Lagen der Cutis nur geringfügig, während diese gerade in dem Fall von Lebedde, zumal an den Gefäfsen, sehr ausgesprochen waren. Die gröfsten Zerstörungen trafen beide Autoren unterhalb der Hautdrüsen, doch war die Degeneration in dem Audryschen Fall noch vollkommener. *Türhheim-Hamburg.*

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1898. Heft 7—10.

Über Pemphigus der Conjunctivae, von E. Bellencontre. B. behandelte eine 78jährige Frau an Pemphigus der Augenbindehaut, gleichzeitig bestand Pemphigus der Mund-Rachenschleimhaut. Obschon Verfasser Blasen nie beobachtete, stellte er doch aus dem übrigen Befund die Diagnose, die später auch durch Auftreten von Blasen an der Körperhaut bestätigt wurde. Der Fall, in dem sich ätiologisch gar nichts ermitteln liefs, hatte den gewöhnlichen Ausgang in Symblepharon. Alle angewandten Mittel, auch Elektrolyse, erwiesen sich als machtlos. In dem Sekret fanden sich nur Staphylo- und Streptokokken. Im Blut konnten eosinophile Zellen nicht nachgewiesen werden. Verfasser bemängelt die Ansicht, welche die narbige Schrumpfung der Bindeschleimhaut und das Symblepharon einzig aus der Bildung von Pemphigusblasen auf der Conjunctiva erklärt und tritt für die andere, mit guten Gründen kämpfende Theorie ein, wonach die Krankheit sich auf einer noch unbekannten neuropathischen Grundlage entwickelt.

Über die Etymologie des Wortes „Syphilis", von Adrien Timmermans. Der philologisch und sprachwissenschaftlich geschulte Verfasser dieser Abhandlung führt nach einer kurzen Einleitung drei Ableitungen des Wortes Syphilis an, die er alle drei aus philologischen Gründen für unzutreffend erklärt. Man hat das Wort von dem Griechischen Symphilia = Beischlaf, von dem Griechischen Sus und Philos = Freund der Bestialität und von dem gleichfalls griechischen Wort Siphlos = Leer herzuleiten versucht. T. giebt eine vierte Entstehungsweise an, die allerdings viel annehmbarer als die drei vorgenannten klingt. Nach ihm ist das Wort aus dem

Griechischen Sus (σῦς) = Schwein und Philis = Flöte = Röhre = Gang = Fistel zusammengesetzt und bedeutet soviel wie Fistula scrofae oder Fistula scrofulosa = die mit Fistelbildung wie beim Schwein einhergehende Krankheit. Das Wort findet sich zuerst bei FRACASTOR, einem italienischen Schriftsteller des XVI. Jahrhunderts. Ob dieser es auch gebildet hat, wie TIMMERMANS annimmt, oder ob er sich nicht als erster des vorgefundenen Wortes auch in der Schriftsprache bediente? Darüber wird uns die philologische Forschung wohl bald endgültig aufklären.

Kasuistische Mitteilungen zur Urticaria, von F. BURET. B. berichtet von einem Patienten, der unbeschadet seiner Haut alles genieſsen kann, der aber sofort auf den Fuſsrücken Urticaria bekommt, wenn er am Meeresstrand mit nassen Füſsen ins Wasser geht. Beim Baden im Fluſswasser bekommt er Urticaria an der Glans penis, die für gewöhnlich von der Vorhaut nicht bedeckt ist. Zieht er diese aber vorher über, so bleibt die Urticaria aus. Nach einem zufälligen Wanzenstich bekam derselbe Patient groſse Urticariaquaddeln, desgleichen nach dem Genuſs einer aus Japan in Frankreich eingeführten Wurzelfrucht, die zuerst in dem Dorfe Crosnes gezüchtet wurde und daher den Namen Crosnes du Japon führt. BURET hat darauf von dieser Wurzel gegessen und bekam das erste Mal auch einen Nesselfrieselausschlag. Bei wiederholtem Genuſs der Frucht wurde die Urticaria aber immer schwächer und blieb schlieſslich ganz aus.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis DUHRING, von VICTOR DURAND. Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen, das seit ihrem dritten Lebensjahre zweimal jährlich, gewöhnlich im Frühjahr und im Herbst, von der Dermatitis herpetiformis befallen wird. Vorboten derselben sind Brennen und Jucken in den ergriffenen Teilen. Zur Zeit der Beobachtung in der Klinik zu Toulouse saſs der Ausschlag in der Beugeseite des Hand-, des Ellenbogen- und des Kniegelenkes.

Ein Fall von Pemphigus hystericus mit Oedema lividum, von VICTOR DURAND. Die jetzt 36jährige Patientin leidet seit ihrem 18. Lebensjahre an Hysterie. Vor etwa 8 Jahren der erste hysterische Anfall, der sich in der Folge, namentlich im Anschluſs an Gemütserregungen, häufig wiederholte. Zu den Anfällen gesellt sich eine ödematöse Anschwellung der Hände und Vorderarme und ein Pemphigusausschlag auf den Armen, auf der Brust und dem Leib.

Über ein Hautfibrom mit Riesenzellen, von CH. AUDRY und CONSTANTIN. Ein 12jähriges Mädchen hatte in der Kniekehle eine wallnuſsgroſse Geschwulst. Dieselbe wurde entfernt und erwies sich als ein Fibrom der Cutis, das in seinem Kern aus reinem fibrösen Gewebe bestand, während der Mantel Riesenzellen enthielt und auch die Anwesenheit zahlreicherer, breiter Bindegewebsfasern auf eine gewisse Aktivität hindeutete.

Vergleichende Untersuchungen über den Wert des Protargols und des Kalium permanganicum in der Behandlung der Blennorrhoe, von MASSÉ. Es wurden in der bekannten Anordnung Ausspülungen der blennorrhoischen Harnröhre mit Kalium permanganicum und mit Protargol vorgenommen, letzteres in einer Verdünnung von 1 : 1000. Das Kalium permanganicum erwies sich dabei als wesentlich überlegen.

Sieben Fälle von extragenitalem Schanker, von FÉLIX ROCHE. Die Fälle stammen aus der Charité zu Marseille und betreffen sämtlich Mädchen und Frauen. Der Schanker saſs einmal auf der Brustdrüse und war hier durch Biſs entstanden, einmal auf der rechten Wange; die betreffende Patientin, eine Puella publica, wollte sich einen Schönheitsfleck beibringen und benutzte dazu einen Höllensteinstift, mit dem kurz zuvor Schleimplaques touchiert waren. Von den fünf anderen Schankern

safsen drei auf der Oberlippe und zwei auf der Unterlippe. Die Heilung erfolgte in fast allen Fällen nach Kalomeleinspritzungen.

Allgemeine Fettsucht und Elephantiasis der unteren Körperhälfte, von L. Raynaud und E. Legrain. Der 43jährige in Algier geborene Patient französischer Abstammung begann mit 14 Jahren an Fettsucht zu leiden, die bei seinem starken Alkoholmifsbrauch sich beständig steigerte, sodafs er mit 30 Jahren 180 kg wog. 1891 wurde er wegen einer Phimosis operiert. Im Anschlufs daran entwickelte sich an seinem Glied, später auch an den Unterextremitäten unter wiederholten Erysipelasanfällen ein elephantiasisartiger Zustand. Einem solchen Anfall von Erysipel ist er schliefslich erlegen.

Das Prinzip der Komplementärfarben angewandt bei der Diagnose von Hautkrankheiten, von Haan-Le Havre. H. beschreibt einen sinnreich erdachten Apparat, den er „Makuloskop" nennt und der bestimmt ist, in der Entwickelung begriffene Hautkrankheiten nachzuweisen. Er besteht aus einer Hornhülse, wie sie die Uhrmacher zur Befestigung ihrer Linse gebrauchen, nur dafs diese letztere durch ein blaues Fenster aus Kobalt ersetzt ist. Das blaue Glas läfst nur blaue Lichtstrahlen durch, sodafs alles blau gefärbt erscheint. Nur diejenigen Hautstellen, in deren Tiefe rote, kongestive Herde in der Bildung begriffen sind, wie bei Masern, Roseola syphilitica, Typhus u. s. w. werden ungefärbt erscheinen. Auf diese Weise kann man schon Tage vorher über die Natur und den Umfang des kommenden Ausschlags sich Klarheit verschaffen. Neuerdings verwendet H. anstatt des blauen Glases einen kleinen Hohlcylinder, der mit Aqua coelestis (ammoniakalische Lösung von Kupferoxyd) gefüllt ist. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

In der New-Yorker Akademie der Medizin, Sektion der Ärzte für Harn- und Geschlechtskrankheiten hielt E. Martin einen sehr eingehenden und instruktiven Vortrag über **die Sterilisation der Urethralinstrumente**. Diejenigen, welche sich selbst katheterisieren, erhalten vom Vortragenden folgende, beherzigenswerte Ratschläge: 1. Die Patienten sollen einen weichen Katheter mit soliden Köpfchen von der Gröfse und Gestalt gebrauchen, wie sie der behandelnde Arzt vorschreibt, damit sie leicht, ohne Anwendung von Gewalt und ohne die geringsten Schmerzen zu bereiten, in die Blase eingeführt werden können. Diesen Anforderungen entspricht am meisten ein Condé-Katheter von mittlerem Kaliber. Die Vorzüge, welche den weichen Kathetern anhaften, sind Dauerhaftigkeit, Widerstandsfähigkeit gegenüber den Sterilisierungsmethoden und Billigkeit. 2. Der Patient halte sich gewöhnlich zweimal so viel Katheter, als er innerhalb 24 Stunden braucht. Er kann sie dann durch Kochen oder durch den Paraform-Apparat sterilisieren. Wo eine genügende Menge Katheter zur Verfügung steht, sterilisiert man sie am gründlichsten, indem man sie für 5—10 Minuten kocht und für 24—48 Stunden dem Formaldehyd aussetzt. Katheter, die unmittelbar nach dem Gebrauche mit Seife und Wasser gründlich gereinigt worden sind, werden schon nach kürzerer Zeit steril. Eine der Einführung des Katheters in die Blase vorangehende Irrigation der Urethra wird die Gefahr einer Blaseninfektion

wesentlich vermindern. Nicht wenig trägt hierzu auch die Geschicklichkeit in der Einführung der Katheter bei.

An der sehr lebhaften Diskussion beteiligen sich die Doktoren S. ALEXANDER, W. MEYER, R. W. TAYLOR, L. BOLTON-BANGS, SKENE, STURGIS, FULLER, KEYES, GUITERAS und F. C. VALENTINE. — Dr. S. ALEXANDER giebt folgende Ratschläge: 1. Halte den Katheter so rein wie möglich; 2. gebrauche ihn so sanft wie möglich; 3. nimm einen guten, glatten, nicht zu steifen Katheter. — Die Mehzahl der anwesenden Mitglieder hält die Sterilisierung der Katheter durch 10—20 Minuten langes Kochen für eine hinreichende. (*Journ. of cut. and gen. ur. dis.* Jan. 1898.) *C. Berliner-Aachen.*

Äufserer Rifs eines Corpus cavernosum, von N. O. WILSON. (*Brit. med. Journ.* 30. Okt. 1897.) Ein 15jähriger, gesunder Knabe fühlte plötzlich, während er einen Hügel hinaufradelte, einen scharfen, schneidenden Schmerz im Penis. Der Sattel hatte sich etwas gelöst und war nach hinten gerückt, so dafs der Penis zwischen der Sattelspitze und einem Oberschenkel eine Quetschung erlitt. Der Schmerz liefs bald nach. Der Patient konnte nach 1½ Stunden gut Wasser lassen, bemerkte aber dabei, dafs an einer Stelle der Penis stark angeschwollen war. Der Urin war klar. Die Blase war noch nicht völlig entleert, als der Patient Blut aus der Schwellung hervorquellen sah, worauf diese ein wenig kleiner wurde. Die Untersuchung durch den Verfasser stellte im rechten Corpus cavernosum penis eine Öffnung fest, durch welche Blut herausspritzte. In Chloroformnarkose wurde nach Anlegung einer temporären Ligatur an der Peniswurzel die Rifswunde vernäht. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall.

C. Berliner-Aachen.

Die eitrige Cowperitis und Pericowperitis, von CROSTI. (*Atti dell' Associaz. Med. Lombarda.* 1897. No. 2.) Es wird ein Fall von blennorrhoischer Cowperitis mitgeteilt, welche zu Harnretention geführt hatte; Exstirpation der Drüse, Heilung. Verfasser bespricht die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Affektion.

C. Müller-Genf.

Über den Befund reichlicher colloidhaltiger Cystchen in der Urethra eines 77jährigen Mannes, von FALTA. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 17, 19, 21.) Der Verfasser beobachtete an der Leiche eines 77jährigen Mannes in der Schleimhaut der oberen Hälfte der Pars cavernosa urethrae zahlreiche weifslichgraue bis schwarzbraune, punktförmige, glänzende Knötchen, von denen die gröfsten etwa mohnkorngrofs waren; viel spärlicher fanden sich solche Knötchen in der Pars membranacea. Es handelte sich um subepithelial gelegene Cystchen, die teils schleimigen, teils homogenen oder scholligen colloiden Inhalt hatten, teilweise auch kugelige Konkretionen enthielten. Die ganze Schleimhaut war reich an drüsigen Gebilden, und zwar fanden sich neben vollkommen ausgebildeten Drüsen sämtliche Entwickelungsstadien der Drüsen vor. Es handelte sich also um wirkliche Drüsenneubildung. Die Drüsen hatten gröfstenteils prostatoiden Charakter, ihr Inhalt war der gleiche wie der der Cystchen. Die Konkretionen waren aus der colloiden Masse entstanden und zwar mit Zellresten als Kern. Die Cystchen selbst waren Retentionscysten. — Nach Ansicht des Verfassers handelte es sich um prostatische Gebilde, d. h. um Neubildung prostatoider Drüsen bei abnorm weit vorgeschobenen Teilen des mittleren Prostatalappens.

Götz-München.

Über die diagnostische Bedeutung der Urethralmembranen, von RUBINSTEIN. (*Die ärztl. Praxis.* 1898. No. 7.) Der Verfasser beobachtete in einem Falle von Blennorrhoe, die wahrscheinlich seit 7 Jahren bestand, die Ausscheidung von platten, 1—2 mm dicken Membranen von kometenartiger Gestalt. In denselben waren meist genau in der Mitte kreisrunde oder elliptische Löcher. Es handelte sich nach Ansicht

des Verfassers zweifellos um eine Erosion der Harnröhrenschleimhaut in der Umgebung der Mündung einer resp. einiger Littréschen Schleimdrüsen, die Löcher in den Membranen entsprachen dem Lumen dieser Drüsen. Während die Behandlung mit Argentum nitricum, Itrol, Zincum sulfuricum und Protargol ohne nennenswerten Erfolg blieb, nahmen die Membranen schon nach einer JANETschen Spülung Epithelcharakter an, nach 3 Spülungen trat vollständige Heilung ein. Der Verfasser betont, daſs die Spülungen in manchen Fällen von chronischer Blennorrhoe den Injektionen überlegen sind und zwar infolge des mechanischen Reizes, den der Flüssigkeitsstrahl auf die Wundfläche ausübt. *Götz-München.*

Dilatation des Harnapparates durch kongenitale klappenartige Verengerung der Urethra, von COMMANDEUR. (*Lyon méd.* 1898. No. 11.) Bei der Autopsie eines kurze Zeit nach der Geburt gestorbenen Kindes konstatierte Verfasser eine enorme Dilatation der Blase, der Ureteren und der Nieren. In der Urethra (in der Gegend des Veru montanum) bestand eine halbmondförmige Klappe mit gegen die Blase zugekehrter Tasche; keine anderen fötalen Difformitäten. *C. Müller-Genf.*

Praktische Winke zur Behandlung der Harnröhrenstriktur, von J. W. COUSINS. (*Brit. med. Journ.* 8. Jan. 1898.) Der Verfasser ist in den letzten Jahren bei der Behandlung der Strikturen von der gewaltsamen Zerreiſsung, bezw. der Urethrotomia interna abgekommen. Denn ehe die letztere Operation ausgeführt werden kann, muſs die strikturierte Stelle dilatiert werden, um den Urethrotom durchzulassen, und eine Sonde No. 2 oder 3 muſs glatt den Kanal passieren können. Wenn aber ein Instrument von dieser Gröſse die Striktur passiert hatte, so ist dieselbe nicht derart, daſs sie nicht weiter durch einfache Dilatation geheilt werden könne. Nach der Erfahrung des Verfassers kann auch die dickste und engste Striktur in jedem Teile der Urethra durch intermittierende Dilatation event. unter Anästhesie zur Heilung gebracht werden. Zum Erweitern der Striktur sind metallische, spitz zulaufende Sonden zu empfehlen. Es ist gut, die Dilatation aufzuschieben, bis der Patient durch Ruhe, geregelte, nicht reizende Kost und allgemeine Mittel sich auf die Operation vorbereitet hat. Alles, was geeignet ist, die Harnröhre zu reizen, sei es direkt oder indirekt durch scharfen Urin, soll vermieden werden. Je geringer die Reizbarkeit der Harnröhre ist, desto leichter gelingt die Dilatation. Verfasser bespricht sodann einen nach seinen Intentionen konstruierten Apparat zur Sterilisierung der Dilatationsinstrumente.

C. Berliner-Aachen.

Allmähliche Erweiterung bei Harnröhrenverengerungen im Vergleich mit den schneidenden Methoden, von HOWLAND-Washington. (*Med. News.* 9. April 1898.) Der Verfasser redet in seiner Abhandlung der allmählichen Dilatation der Harnröhrenstrikturen mit Sonden das Wort gegenüber dem Messer. Unzeitige Incisionen und Überdehnungen sind oft die Ursache der gar nicht enden wollenden Beschwerden der Patienten. — Die Länge der Behandlung hängt von dem Alter der Harnröhrenverengerungen und der Zahl der Sitzungen ab, sie schwankt zwischen 3 und 12 (! d. Ref.) Monaten. Sonde 32 (französisch) sollte nicht überschritten werden. Es genügt, die Urethra auf einer Durchlaſsfähigkeit für 28 oder 26 zu erhalten. Treten Blutungen auf, so ist zu pausieren, und die Harnröhre mit adstringierender Lösung zu instillieren oder zu irrigieren. Cystitis und andere Zufälle treten bei Gebrauch reiner Instrumente und deren vorsichtiger Handhabung nicht auf. Dem Patienten selbst darf die Sonde nie in die Hand gegeben werden. *Hopf-Dresden.*

Einige Bemerkungen über die Behandlung von impermeabler Striktur der Harnröhre, von J. S. WIGHT JR. (*New York Med. Journ.* 25. Juli 1896.) Enthält

die Krankengeschichten nebst Operationsbericht von 4 verschleppten Fällen von blennorrhoischer Striktur. Urethrotomia externa. Drei Heilungen, 1 Exitus letalis.

Philippi-Itzehoe.

Die Urethrotomie mit einigen neuen Urethrotomen, von Crosti. (*Atti dell' Associaz. Med. Lombarda.* 1897. No. 2.) Verfasser bespricht die Technik der Urethrotomie, teilt einige Krankengeschichten mit, beschreibt verschiedene Urethrotome und empfiehlt als solche diejenigen von Albarran und von Bulhoes (Rio de Janeiro) als die gefahrlosesten. *C. Müller-Genf.*

Über die Anwendung eines neuen Instruments für die externe Urethrotomie bei Perinealabsceſs nach chronischer Urethritis und veralteter Striktur, von Ingianni. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 15.) Das Instrument, das die Auffindung der Harnröhrenöffnung nach der äuſseren Urethrotomie erleichtern soll, besteht aus einzelnen Stücken, von denen das eine von der Dammwunde aus in die Blase eingeführt wird, während ein zweites Stück von der äuſseren Mündung der Urethra aus durch diese hindurch bis zur Dammwunde geführt und mit dem ersten verbunden wird. Über das Ganze wird ein biegsamer, an beiden Enden offener Katheter in die Blase vorgeschoben. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die mit Zeichnungen versehene Originalmitteilung hingewiesen. *Götz-München.*

Plastischer Ersatz der Harnröhre im perinealen Abschnitte, von Emil Mrha. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 17.) Zwei Fälle werden berichtet. Im ersten wird wegen Strikturen und Harnröhrenfisteln nach Urethrotomia externa die Perinealhaut zum plastischen Ersatz der Urethra benutzt. Im zweiten wird nach Spaltung des strikturierten Harnröhrenabschnittes die fehlende Urethralschleimhaut durch Epidermislappen ersetzt, die nach Thiersch gewonnen sind. Diese heilen gut; nach 3½ Monaten ergiebt die Urethroskopie, daſs die Epidermisläppchen wohl erhalten waren. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Harnröhren- und Blasenirrigation, von Charles H. Chetwood-New York. (*New York med. Journ.* 28. Mai 1898.) Chetwood hebt mit Recht hervor, daſs der Anwendung der Janetschen Spülmethode in der Praxis verschiedene Unbequemlichkeiten bei der Handhabung entgegenstehen. Ohne sie als Universalmittel der Blennorrhoe zu preisen, hält er sie immerhin für eine wertvolle Bereicherung der Therapie und für ein Mittel, welches zur raschen Zerstörung des Gonococcus beitragen, also in vielen Fällen, die nach verschiedenen Gesichtspunkten auszuwählen sind, in Anwendung kommen kann. Chetwood giebt nun einen einfachen Apparat zur Ausspülung der vorderen und hinteren Harnröhre, sowie der Blase an; derselbe besteht im wesentlichen aus einer mit kurzer Einfluſs- und Ausfluſsröhre versehenen Glasolive, welche in das Orificium penis einzufügen ist, und einer entsprechenden, den Zu- und Abfluſs regelnden Sperrvorrichtung, die an dem die Olive mit dem Irrigator verbindenden und dem Abfluſs-Gummischlauch anzubringen ist, besteht. Die der Arbeit beigegebenen 3 Zeichnungen ermöglichen das genaue Verständnis des sehr zweckmäſsig scheinenden Apparates. *Stern-München.*

Hydrostatische Harnröhren- und Blasenspülungen, von Robbins-Detroit. (*Physician a. Surg.* Januar 1898.) Im Beginn seiner Abhandlung, in der Verfasser die von Janet empfohlene Irrigationsbehandlung der Harnröhre und Blase warm empfiehlt, bemerkt er, daſs er allerdings nicht Fred C. Valentine Recht geben könne, der mit dieser Methode, die Valentine hauptsächlich in Amerika eingeführt hat, jeden mukoserösen Harnröhrenausfluſs in 36 Stunden und jeden eitrigen in 10 Tagen zur Heilung

bringen könne. ROBBINS wendet die Irrigationen an in allen Fällen von einfacher Urethritis anterior und unkomplizierter Urethritis posterior, sowie in allen instrumentell behandelten Fällen von Urethritis und in den meisten Fällen von Cystitis nicht-tuberkulöser noch maligner Natur. — Zu den Spülungen verwendete Verfasser Lösungen von Kaliumpermanganat (1 : 8000 — 1000) wie Sublimatlösungen (1 : 20 000), und Silbernitratlösungen wurden aufserdem zuweilen lokal durchs Endoskop angewandt. Um Mischinfektionen zu verhüten, peinliche Sauberkeit und Desinfektion für Penis, Hände und Instrumente. *Hopf-Dresden.*

Zur Technik der Harnröhreninjektionen, von STOCKMANN. (*Zeitschr. f. Krankenpflege.* 1898. No. 6.) Verfasser empfiehlt eine kleine Drahtklemme zur Zuklemmung der vorderen Harnröhrenmündung, um so die prolongierten Injektionen zu erleichtern. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zu den Störungen der Harnentleerung bei Kindern und ihrer Behandlung, von R. KUTNER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 19.) Verfasser schildert zwei Fälle von chronischem, reflektorischem Spasmus des Sphincter vesicae externus, der im ersten Falle, bei einem achtjährigen Knaben, zu gelegentlichen Harnverhaltungen geführt hatte und ihn nötigte, unter heftigen Schmerzen und starkem Pressen sehr häufig zu urinieren, wobei der Urin nie anders als tropfenweise abging. Heilung erfolgte durch methodische Sondenbehandlung. Im zweiten Falle handelte es sich um ein siebenjähriges Mädchen, dem seit der Geburt der Urin unfreiwillig abging. Hier hatte der Sphinkterkrampf zu einer starken Dehnung der Blase geführt; wurde diese Dehnung allzustark, so überwand die Blasenwandmuskulatur den Krampf des Schliefsmuskels und prefste einen Teil des Urins unfreiwillig heraus. *F. Hahn-Bremen.*

Die aseptische Behandlung der Harnverhaltung, von HAMILTON-Columbus. (*Med. News.* 23. April 1898.) Verfasser empfiehlt strengste Asepsis bei instrumenteller Behandlung von Harnröhre und Blase: 1. Sterilisation von Harnröhre und Penis des Patienten; 2. Sterilisation der operierenden Hände und Instrumente; 3. Beibehaltung dieses Zustandes bis zur Vollendung des Eingriffs. Bei der Sterilisation legt HAMILTON wohl mit Recht mehr Gewicht auf Reinlichkeit als auf Desinfektion. Die Sterilisierung der Katheter erfolgt durch Kochen 5 Minuten lang in schwacher Sodalösung nach vorhergehender mechanischer Reinigung. Dann Abspülen in schwacher Karbol- oder Sublimatlösung. Dann peinliche Desinfektion der Hände des Arztes. Über Abdomen und Schenkel wird nach sorgfältiger Abwaschung des Penis mit desinfizierender Lösung ein in Sublimatlösung getauchtes Handtuch gebreitet. Bei bestehender Sekretion Ausspülung der vorderen Harnröhre. Boroglycerin oder sterile Vaseline zum Befetten der Instrumente, so wenig wie möglich. Dieselben Vorsichtsmafsregeln bei weiblichen Patienten nicht ausfer Acht lassen, etwa aus falschem Schamgefühl (Desinfektion der Vulva.) *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von extraperitonealer Ruptur der Blase. Sectio alta. Heilung, von T. BOND und A. H. TULBY. (*Lancet.* 12. Dez. 1896.) Ein 63jähriger Mann, der seit 8 Jahren sich selber katheterisiert hatte, bekam, während ihm von einem Arzte ein Metallkateter eingeführt wurde, eine heftige Blutung. Bei der alsbald erfolgten Aufnahme im Krankenhause wurde eine kolossale Spannung der Blase konstatiert, und bei der sofort ausgeführten Sectio alta wurde nach Entfernung von mehr als 500 g geronnenen Blutes ein Rifs in der Blasenwand gefunden, welcher die Einführung von zwei Fingern leicht gestattete. Zur Stillung der noch andauernden Blutung wurde tamponiert, genäht und drainiert. Am siebenten Tage Einführung eines weichen Katheters per urethram; Heilung. *Philippi-Itzehoe.*

Über Steine in der Blase und ihre operative Beseitigung, von J. A. Cunningham. (*Brit. med. Journ.* 7. Aug. 1897.) Eine Statistik von in Indien vorgenommenen Steinoperationen umfaſst 17 421 Fälle mit folgender Analyse:

Art der Operation	Zahl der Operierten	Heilungen	Sterbefälle	Procentsatz der Mortalität
Litholapaxie	10 073	9665	399	3.96
Laterale Lithotomie	7 201	6407	794	11.02
Suprapubikale Lithotomie	147	86	61	42.17

Der Verfasser erörtert eingehend die Indikationen für die einzelnen Methoden der Steinoperationen und beschreibt den Gang derselben. *C. Berliner-Aachen.*

Blasenstein nach Laparotomie wegen Beckenabsceſs, von W. C. Wood. (*New York med. Journ.* Okt. 1896.) Eine 25jährige Frau wurde am 8. März 1895 wegen Absceſs in beiden Seiten des Beckens laparotomiert. Die linke Tube nebst Ovarium zeigten eiterige Entzündung und wurden entfernt. Heilung erfolgte im Laufe von 6 Monaten, aber bald darauf traten Blasenbeschwerden ein. Verfasser dilatierte die Urethra und entfernte nach vorheriger Zertrümmerung einen Blasenstein, dessen Kern von einem zur Unterbindung der Arteria ovarii verwendeten Seidenfaden gebildet war. — Heilung. *Philippi-Itzehoe.*

Blasenstein nach Kaiserschnitt, von A. W. Russell. (*Glasg. med. Journ.* Aug. 1897.) Eine 27jährige Frau war im März 1892 durch Sectio caesarea von einem namhaften Gynäkologen erfolgreich entbunden worden. Ende 1896 kam sie wegen Blasenbeschwerden (häufiger Urindrang, blutiger Urin, Sediment) in Russells Behandlung, nachdem sie bereits einige Zeit an Schmerzen im Unterleib und Methrorrhagien gelitten hatte. Schlieſslich kam ein Calculus an der Urethra zum Vorschein, und bei weiterer Untersuchung wurden von der hinteren Blasenwand auſser Phospaten einige härtere Konkremente entfernt, deren Kern von Teilen der verwendeten Seidenfäden gebildet wurde. Die Heilung war bei der Entlassung aus dem Krankenhause bis auf eine kleine defekte Stelle der Schleimhaut komplett. *Philippi-Itzehoe.*

Cystischer Tumor der Blase mit zwei Blasensteinen, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 13. Nov. 1897.) Ein 36jähriger Offizier aus Britisch-Indien litt seit 10 Jahren an Harnbeschwerden, welche er auf eine Verletzung in der Unterbauchgegend gelegentlich eines Sturzes zurückführte. Unmittelbar nach dem Unfalle stellten sich damals Schmerzen in der rechten Nierengegend, intermittierende Hämaturie, Fieber und Cystitis ein. In den letzten Jahren war das hervorstechendste Symptom, daſs der Patient niemals die Blase auf natürlichem Wege, sondern entweder in liegender Position oder durch Einführen eines Katheters entleeren konnte. Zeitweilig stellte sich hohes Fieber mit Eiter im Urin ein. Unter den andauernden Beschwerden magerte der Patient beträchtlich ab. Wiederholte Sondenuntersuchungen durch verschiedene Ärzte vermochten keinen Stein zu entdecken. Auch der Verfasser, den der Patient zuletzt konsultierte, konnte bei der ersten Untersuchung mit der Sonde keinen Stein feststellen, bis er in Erinnerung eines vor 7 Jahren behandelten Falles auf den Gedanken kam, daſs ein Tumor in der Blase vorhanden sein könnte, der sich gegen den Blasenhals hinneigte und dem Harnstrahl hier den Weg verlegte. Das Cystoskop bestätigte diesen Verdacht. Es wurde ein glatter, wallnuſsgroſser Tumor mit dickem Stiele entdeckt, der von der rechten Seite des Blasengrundes hervorwuchs. Nunmehr wurde der suprapubikale Blasenschnitt ausgeführt und nach Unterbindung des Stieles der Tumor, der sich in der Nähe der rechten Ureterenöffnung befand, losgeschnitten und aus der Blase entfernt. Der Tumor erwies sich als cystisch und enthielt 2 ver-

schieden grofse Harnsäuresteine. Der Patient genas vollkommen und hat seitdem an keinen Beschwerden mehr gelitten. Der Verfasser erörtert die Frage nach der Beschaffenheit und dem Ursprung des Tumors. Mikroskopisch bestand die einwandige Cyste aus fibrösem Gewebe und war in- und auswendig mit Übergangsepithel, wie man es in der Blase und den Ureteren vorfindet, bedeckt. Verfasser hebt den Wert der Cystoskopie in derartig dunklen Fällen zum Zwecke der Diagnose hervor.

C. Berliner-Aachen.

Die beste Operationsmethode bei grofsen Blasensteinen, von P. J. Freyer. (*Lancet.* 12. Dez. 1896.) Die Hauptsumme seiner Erfahrungen fafst F. dahin zusammen, dafs in allen Fällen, welche die Anwendung der Bigelowschen Operation zulassen, diese unbedingt den Vorzug verdient. Konkremente bis zu ca. 60,0 bei Erwachsenen (bei Kindern entsprechend kleiner) werden in der Regel sich auf diese Weise entfernen lassen. Gröfsere Steine, bis etwa 90,0, erfordern die perineale Lithotomie, und noch gröfsere die Sectio alta. Mit diesen Thesen werden wohl die meisten Chirurgen einverstanden sein. Aus seinem Material von 300 in Indien operierten Blasensteinen wählt Verfasser 49 von mindestens 56,0 Gewicht aus und teilt einige recht bemerkenswerte und belehrende Beobachtungen darüber mit. Kleinere Steine werden selbstverständlich durch Litholapaxie entfernt, und diese werden keiner weiteren Beachtung gewürdigt; aber bei den gröfseren hatte Verfasser bei letzterer Operation eine Mortalität von nur 9²/₃% gegen 28¹/₂% bei der Sectio perinealis und 50% bei der Sectio alta. Dafs man mit der Bigelowschen Methode ganz enorme Steine entfernen kann, ist von verschiedenen Operateuren in Indien bewiesen worden. Verfasser selbst hat einen solchen von ca. 180 g entfernt, ohne damit den Rekord zu schlagen.

Philippi-Itzehoe.

Cystotomia suprapubica wegen recidivierenden Blasensteins, von Frank C. Hammond in Philadelphia. — **Über Litholapaxie (Entfernung der Blasensteine in einer Sitzung),** von W. S. Forbes in Philadelphia. (*Philadelphia med. Journ.* 28. Mai 1898.) Auf Grund eines selbst operierten und genau beschriebenen Falles und unter Herbeiziehung der einschlägigen Litteratur kommt H. zu dem Schlusse, dafs der hohe Blasenschnitt allen anderen Operationsmethoden vorzuziehen ist. Forbes hingegen verwirft denselben völlig und ist eifriger Anhänger der Litholapaxie, welche besonders englischen und amerikanischen Ärzten nach den angeführten Statistiken treffliche Resultate gegeben habe. Die Mortalität betrug hier im Durchschnitt 1% bis höchstens 3%, während sie nach dem hohen Blasenschnitt nicht unter 17% sinke; Bauchhernien seien zudem eine häufige Folge dieser Operation. Genaue Individualisierung dürfte wohl bei der Wahl zwischen Cystotomie und Litholapaxie in erster Linie zu berücksichtigen sein, wie der Fall von Hammond beweist, wo es sich um einen 77jährigen Mann mit gleichzeitiger hochgradiger Prostatahypertrophie handelte und die intravesikuläre Steinentfernung deshalb auf grofse Schwierigkeiten gestofsen wäre.

Stern-München.

Exstrophia vesicae mit anderen angeborenen Defekten, von Roswell Park. (*Med. News.* 29. Mai 1897.) Der vierjährige kräftige Knabe hatte rudimentären Penis, Spaltbildung im Arcus pubis und vollständige Exstrophia vesicae. Verfasser nahm die Maydlsche Operation, Einpflanzung der Ureteren in das Rectum vor. Zwei Tage nach der Operation starb der Knabe, die Sektion ergab keine Peritonitis, aber Fehlen des Colon descendens und der Flexur.

F. Hahn-Bremen.

Über einen mit Hülfe des Cystoskops diagnostizierten Fall von Varicen der Harnblase, von C. Bruni. (*Giorn. intern. d. sc. med.* 1897. No. 23.) Gelegentlich eines Falles von Blasenvaricen, wo die Diagnose auf Grund der klinischen Erscheinungen

nicht festgestellt werden konnte, erklärt Verfasser, daſs, da der Affektion kein pathognomisches Symptom zukomme, das Cystoskop allein eine sichere Diagnose erlaube.

C. Müller-Genf.

Über den baktericiden Einfluſs der Acidität des Harn auf die Cystitiserreger, von Rostoski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 15.) Verfasser benutzte zu seinen Versuchen die Bakterien von sechs Fällen von Cystitis (5 mal Bacterium coli, 1 mal ein Micrococcus), ferner Bacillus anthracis und Vibrio cholerae. Während letztere beide durch sauren Urin sehr bald getötet wurden, blieben die Cystitiserreger lebensfähig und vermehrten sich energisch. Steigerte man nun die Acidität des Harns energisch durch Darreichung von Kampfersäure oder Borsäure, so gingen auch sie in drei Tagen zu Grunde. Therapeutisch dürften sich diese Beobachtungen verwenden lassen in solchen Fällen, welche der Behandlung Schwierigkeiten machen.

F. Hahn-Bremen.

Diagnose und Behandlung des Blasenkatarrhs, von Guitéras. (*New York med. Journ.* 19. März 1898.) Man kann die Cystitis einteilen in akute, subakute und chronische gemäſs ihrem Verlauf, in katarrhalische, eitrige, hämorrhagische nach ihren Symptomen, in superficielle, interstitielle und produktive nach ihren pathologischen Befunden, sowie ätiologisch in blennorrhoische, tuberkulöse und kalkulöse. Zum Begriff des Blasenkatarrhs gehören Schmerz, Eiter im Harn, Harndrang. — Akute Cystitis prävaliert bei jugendlichen Individuen, meist nach Blennorrhoe, chronische bei älteren Leuten infolge Prostatahypertrophie, Steinen und Neoplasmen. Das männliche Geschlecht prävaliert stark, wohl weil beim Weibe die Harnorgane mehr von den Geschlechtsorganen getrennt sind und die Blase näher der Hautoberfläche gelegen ist. Auch ist die Urethra weiter. Aus diesen Gründen tritt Blasentuberkulose, die doch meist von den Genitalien ausgeht, hier seltener auf, Steine gehen leichter ab, Strikturen und Prostatavergröſserungen fallen ganz weg als ätiologischer Faktor für Cystitis. — Akuter Blasenkatarrh: Meist nach Blennorrhoe infolge Injektionen oder instrumenteller Behandlung. Vielfach nur akute Urethritis posterior. Die akute Cystitis beginnt oft mit febrilen Erscheinungen. Der Schmerz ist vor und nach der Miktion am heftigsten. Hämaturie häufig am Ende der Urinentleerung. Cystoskopgebrauch ist bei akuten Fällen schädlich. Die Blasenwand zeigt in diesem Stadium das Bild von starker Hyperämie und Schwellung mit Erosion beziehentlich Ulcerationen. Der Urin erst sauer, wird bald alkalisch. Mikroskopisch finden wir viel Eiterkörperchen, Blasenepithelien, oft Blutkörperchen, Bakterien und wenig Krystalle. — Chronischer Blasenkatarrh: Die Ursache ist der Eintritt von pathogenen Keimen in die Blase, die prädisponiert ist infoge Urinbeschaffenheit, innerlicher Medikation, Excessen in Baccho oder Venere, durch Steine oder Tumoren. Obstruktive Ursachen sind Strikturen und Prostatahypertrophie. Die Heftigkeit der Symptome bei chronischem Katarrh der Blase ist sehr wechselnd, meist sind es die abgeschwächten Wiederholungen aus dem akuten Stadium. Der Urin, spezifisch leichter, zeigt oft den charakteristischen ammoniakalischen Geruch; auch liegt dem Gefäſs, das ihn enthielt, oft ein eiweiſshaltiger Schleim an. Bei Steinen enthält der Harn viel Krystalle, bei ulcerativen und tuberkulösen Formen viel Epithelien, bei Neubildungen eventuell Teilchen derselben. Staphylococcus aureus und Streptococcus, Bacillus coli communis und Urobacillus liquefaciens sind immer vorhanden. — Als diagnostisches Hülfsmittel steht das Cystoskop obenan. Die anderen physikalischen und instrumentellen Untersuchungsmethoden müssen vorhergehen. Die Blasenwand scheint hell, gallertartig, verdickt, Eiterklumpen hängen ihr an. Einzelne Stellen sind oft dunkelrot. Tuberkulöse Geschwüre lassen sich bei der entsprechenden Cystitis erkennen, ebenso Steine und Neoplasmen in anderen Fällen. Therapie: Alkalien, Urindesinficientien, Anti-

spasmodica und heifse Sitzbäder bei akuten Fällen. Später Irrigationen mit Argentum nitricum von 1:16000 steigend, eventuell Instillationen. Auch übermangansaures Kalium und Borsäure thun gute Dienste. Bei chronischen Fällen innerlich Benzoesäure, Borsäure, Eukalyptol, Urotropin, Wintergrünöl. Viel trinken. Strenge Diät. Ausspülungen der Blase mit den bekannten Mitteln. Strikturen müssen zuvor durch Dilatation oder operativ entfernt werden. Bei Cystitis infolge Altershypertrophie der Vorsteherdrüse sind in letzter Zeit mehrere Operationen vorgeschlagen worden: 1. Resektion eines Teils des Vas deferens, 2. Kastration, 3. Enukleation der Prostata, 4. Bottinis Incisionen derselben, 5. Anlegen einer Fistel. Die Kastration ist die eingreifendste Methode, die Resektion eines Vas deferens-Stückes die mildeste. Bei alten Leuten ist die Bottinische Operation am empfehlenswertesten. — Über die Indikation bei Cystitis infolge Steinen und Neoplasmen ist nichts neues zu sagen.

Hopf-Dresden.

Radikaloperation der Hydrocele unter Lokalanästhesie, von Lammers. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 20.) Die Operation der Hydrocele mit Ausschälung der Tunica vaginalis ist mit Schleichscher Infiltrationsanästhesie leicht schmerzlos auszuführen, erfordert aber viel Zeit. Es geht schneller, wenn man die Innenfläche des Sackes mit einer starken Kokainlösung abspült. Nach Infiltration der Scrotalhaut nach Schleich, Spaltung der Tunica etwa auf 3 cm Länge, Eingiefsen von 10 ccm einer 2%—4%igen Kokainlösung in den leeren Sack, Zuhalten und Hin- und Herbewegen desselben während 2 Minuten, Entleerung der Flüssigkeit, gänzliche Spaltung der Tunica und Ausschälung derselben. Die letztere geht ganz schmerzlos von statten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Schmerzlose Behandlung der Hydrocele mit Injektionen von Karbolsäure, von G. A. Rae. (*Brit. med. Journ.* 2. Okt. 1897.) Der Verfasser behandelt seit Jahren die Hydrocele in der Weise, dafs er dieselbe punktiert, die Flüssigkeit abzapft und dann 20 Tropfen einer koncentrierten Karbolglycerinlösung injiziert. Nur in sehr wenigen Fällen war es nötig, nach Wochen, weil sich der Sack wieder gefüllt hatte, nach Entleerung des Inhalts noch eine Injektion von Karbolglycerin zu machen. Das Verfahren ist ein schmerzloses und zuverlässiges und deshalb den anderen Methoden, besonders der Behandlung mit Jodtinktur, die schmerzhaft ist, vorzuziehen.

C. Berliner-Aachen.

Orchitis oder Epididymitis als Komplikation oder Folge von Typhus, von Augustus A. Eshner-Philadelphia. (*Philadelphia med. Journ.* 21. Mai 1898.) Ein selbst beobachteter Fall, wo ein 39jähriger Mann einen Monat nach überstandenem Typhus an Hodenentzündung erkrankte, ohne dafs die Anamnese eine andere Ursache (Blennorrhoe u. s. w.) ergab, veranlafste E., die bezügliche Litteratur einer aufserordentlich fleifsigen Durchsicht, wofür die 69 angegebenen Arbeiten zeugen, zu unterziehen. E. kommt zu dem Schlusse, dafs Orchitis und Epididymitis ziemlich seltene Komplikationen des Typhus; sind so fanden sie sich unter 2000 Fällen von Hölscher kein einziges, unter 871 von Sorel 3 mal. Sie treten am Ende der Krankheit oder noch häufiger erst während der Rekonvalescenz auf; irgendwelche Beziehungen zwischen der Intensität des Typhus und der Komplikation war nicht zu eruieren. Der Beginn ist ein plötzlicher, während der Patient das Bett noch hütet oder schon verlassen hat, mit Schmerz, welcher auf Hoden, Nebenhoden und selbst Samenstrang sich erstreckt, und leichter Temperatursteigerung. Gewöhnlich wird der Hoden zuerst und in der Mehrzahl der Fälle allein, später der Nebenhoden und dieser nur selten allein oder zuerst befallen. Schwellung und Rötung, aber weniger ausgeprägt wie bei der blennorrhoischen Form, sind die äufseren Zeichen der Erkrankung, welche in akuten Fällen 8—10 Tage dauert, manchmal durch Eiterung hinausgezogen und durch blei-

bende Schwellung und Induration auch lange bestehen kann. In keinem der 44 Fälle, welche tabellarisch geordnet und mit den wichtigsten Notizen versehen, anhangsweise angefügt sind, war Urethritis oder eine frühere Blennorrhoe zu konstatieren. Was die Ätiologie betrifft, so hält es E. für wahrscheinlich, dafs durch Metastase die Typhusbacillen in den Hoden gelangen, wie auch Typhusbacillen nicht nur in dem lokalen Entzündungsprozesse, sondern auch in den Testikeln von an Typhus verstorbenen Personen, ohne dafs klinische Zeichen der Orchitis vorhergegangen wären, gefunden worden sind. Von der blennorrhoischen Epididymitis unterscheidet sich die typhöse durch geringere Schmerzhaftigkeit, raschere Entwickelung und dadurch, dafs nacheinander Hoden, Nebenhoden und zuweilen Samenstränge befallen werden und frühere oder gegenwärtige Erkrankungen der Harnwege nicht nachzuweisen sind. Viel Ähnlichkeit hat die typhöse Orchitis mit der bei Parotitis (Mumps) vorkommenden Form. Die Behandlung entspricht der gewöhnlichen, antiphlogistischen, ohne dafs die Art des Grundleidens darauf von besonderem Einflufs wäre. *Stern-München.*

Chirurgische Behandlung des Vas deferens bei Harnleiden, von Harrison-Eng. (*Lancet.* 8. Jan. 1898.) Wenn mit vorgeschrittenem Alter die Umwandlung der Prostata aus einem Drüsengewebe zu muskelfaserhaltigem Bindegewebe weiter fortgeschritten ist, dann ist Kastration und Vasektomie als therapeutisches Mittel nicht mehr angebracht, sondern Prostatotomie oder Prostatektomie anzuempfehlen. Bei doppelseitiger Kastration und Excision der Vasa deferentia schlägt Verfasser vor, die Entfernung des Hodens beziehentlich des Samenstrangs der einen Seite nicht gleichzeitig mit der Entfernung auf der anderen Seite, sondern in zeitlich kurz getrennten Sitzungen vorzunehmen. Im ersteren Falle wurde cerebrale Verworrenheit und Geistesschwäche beobachtet. Die Entfernung der Hoden ist die bei weitem eingreifendere Operation. Die Durchschneidung der Samenstränge genügt meist auch. Kleinere Steine passieren die Harnröhre oft schon nach Durchtrennung eines Vas deferens, was also schon eine Volumensabnahme der Vorsteherdrüse bewirkt. Vasektomie beseitigt auch intrarenalen Druck und den Druck, der durch Stauung des Urins in der Blase bei Prostatahypertrophie auf die Nieren ausgeübt wird. Verfasser berichtet auch einen Fall, wo bei einem Patienten, der hereditär belastet war, ein nach einer akuten Blennorrhoe aufgetretener tuberkulöser Herd im linken Hoden nach Durchtrennung des linken Vas deferens zugleich mit der Atrophisierung des linken Testis verschwand. Gerade bei solchen Prozessen im Hoden ist Wert auf die Thatsache zu legen, dafs die Vasa deferentia sowohl aufwärts wie abwärts Mikroorganismen weiter zu befördern im stande sind (z. B. Epididymitis durch chronischen Katheterismus). Auch in solchen Fällen ist deren Dissektion oft angebracht. *Hopf-Dresden.*

Über Vesiculitis, von Winfield Ayres. (*New York med. Journ.* 14. Mai 1898.) Ayres fand unter 1014 Fällen, welche vom 1. März bis 1. November 1897 wegen Erkrankung des Urogenitalapparates in seine Behandlung kamen, 30 mit Entzündung der Samenbläschen und 35 mit Epididymitis, so dafs er schliefst, erstere komme beinahe ebenso häufig als Komplikation der Blennorrhoe vor, wie die viel öfters genannte Nebenhodenentzündung, jedoch mit dem Unterschiede, dafs die akute Vesiculitis viel seltener, die chronische häufiger als die Epididymitis sei. Aufser der Blennorrhoe kommen als Ursache für die chronische Entzündung der Samenbläschen noch Tuberkulose und Syphilis in Betracht, wenn auch nur in ganz seltenen Fällen. Die Diagnose kann durch die rektale Untersuchung gestellt werden, welche stets die normalen Samenbläschen palpieren läfst und deren Leichtigkeit nach den Angaben Ayres' im Gegensatz zu den anatomischen Verhältnissen steht. Er fand häufiger die rechte wie die linke Seite erkrankt und unterscheidet eine akute, subakute und chronische Form,

letztere beide sehr ähnlich in Ursache und Symptomen. Bei der akuten Form sind die Symptome wohl ausgeprägt, sie bestehen in allgemeiner Schwäche, Appetitlosigkeit, Fieber bis 40° C., Obstipation, Schmerzen im Rücken und in der Scham- und Leistengegend, zuweilen ähnlich wie bei Ischias, brennendem Gefühl an der Eichel beim Urinieren und häufigem Harndrang. Der Urin enthält eine grofse Menge Eiter oder auch Blutklumpen; die rektale Untersuchung zeigt eine oder beide Samenbläschen vergröfsert, weich und oft pulsierend. Bei der subakuten und chronischen Form sind die Symptome weniger ausgeprägt, meist ist aber Harndrang vorhanden und der Urin enthält Eiter, welcher ihm in beiden Proben ein mehr flockiges Aussehen giebt als bei Cystitis und Urethritis. Bei der **Diagnose** mufs man sich vor Verwechslung mit Spermatorrhoe hüten, die Katheterprobe giebt die Unterscheidung von Cystitis (klarer Urin), ferner ist die Vesiculitis mit Pyelitis, Urethritis posterior, Granularatrophie schon verwechselt worden, die rektale Untersuchung läfst dies vermeiden. Die **Behandlung** besteht bei der akuten Form in Ruhe, warmen Umschlägen in der Perinealgegend und innerlich Diureticis und schmerzstillenden Mitteln; bei der subakuten und chronischen Form, mit Ausnahme der tuberkulösen und syphilitischen, in Streichen und Massieren der Samenbläschen vom Rectum aus; die genauere Beschreibung der Methode, von welcher A. treffliche Resultate sah, ist im Originale nachzusehen. Viele Fälle von sogenanntem unheilbaren Tripper sind nach seiner Ansicht Entzündungen der Samenbläschen, von welchen er 4 typische Beispiele genau beschreibt, und die durch die erwähnte Behandlungsart wohl heilbar sind. *Stern-München.*

Verschiedenes.

Der dermatologisch-syphilidologische Unterricht an Deutschlands Hochschulen, von Friedridh Eugen Hopf. (*Reichs-Med.-Anz.* 1898. No. 19.) In klarer Weise führt Verfasser die ungenügende Ausbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Dermato-Syphilidologie auf die ungenügende Fürsorge der Universitäten für dieses so wichtige Fach zurück. An sechs Universitäten (Göttingen, Kiel, Giefsen, Tübingen, Jena, Rostock) bestehen weder Kliniken noch Polikliniken, fehlt es an jeder geeigneten Lehrkraft. Nur Berlin, Bonn, Breslau, Königsberg sorgen in ausreichendem Mafse für den Unterricht (die Darstellung betreffs Königsberg ist nicht genau und viel zu optimistisch! Ref.); Halle, Greifswald, Marburg, Heidelberg, Erlangen besitzen wenigstens Docenten. Freiburg hat eine Poliklinik, München eine Klinik und Poliklinik, Würzburg eine Poliklinik für Hautkrankheiten und eine Abteilung für Geschlechtskrankheiten in der inneren Klinik. — Besser wird alles erst werden, wenn die Dermato-Syphilidologie zum Prüfungsfach gemacht wird. (Nicht beigestimmt kann dem Verfasser werden, wenn er als das Ideal eine Trennung der Dermatologie von der Syphilidologie, wie sie jetzt schon z. B. in Berlin besteht, hinstellt. Die Syphilis hat soviel Beziehungen zur Haut, dafs eine Trennung etwas Unnatürliches wäre. Wer kann wohl Dermatologie lehren ohne die Syphilidologie zu beherrschen und zu lehren? Aber abgesehen davon dürften wir wohl in der Zersplitterung der Medizin jetzt wohl schon soweit sein, dafs jeder Schritt weiter eine direkte Gefahr für die Wissenschaft mit sich bringen, alle dem Spezialistentume anhaftenden Mängel in das grellste Licht stellen würde. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. Nº 3. 1. Februar 1899.

Serotaxis durch Ätzkalilösungen.

Eine neue Methode zur Diagnose und gleichzeitig zur Therapie von Hautkrankheiten (speziell des Lupus).

Von

Dr. ADALBERT FRICKENHAUS,
zur Zeit Hausarzt an Dr. UNNAS Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg.

Die Anwendung des Kali causticum in der Behandlung des Lupus ist alt, sie rührt, so viel ich übersehen kann, von der Wiener Schule her.

HEBRA und KAPOSI wenden Lösungen an von 1 Teil Ätzkali und 2 Teilen Wasser, I. NEUMANN solche von 1 Teil Ätzkali und 8 Teilen Wasser.

Dieselben benutzen, wie ich sehe, das Kali zur Zerstörung der Epidermis, sie waschen dann das überschüssige Kali ab und bohren einen zugespitzten Höllensteinstift in das Knötchen.

In der Poliklinik von MAX JOSEPH in Berlin sind einmalige Ätzungen mit 5%igen Kalilösungen in Gebrauch bei alten Handekzemen.

Neu ist die Nutzbarmachung der serotaktischen Eigenschaften verdünnter Kalilösung zur Diagnose infektiöser Hauterkrankungen, neu ferner die systematische, gleichzeitig mögliche auf den Prinzipien der Serotaxis aufgebaute Therapie. Die diagnostische Maſsnahme wirkt also gleichzeitig kurativ.

Die Thatsache, daſs Kalilauge in seiner Art als Ätzmittel insofern einzig dasteht, als es die Gewebe einschmilzt, verflüssigt, als das durch aufgetupfte Kalilauge angelockte Serum fast wasserhell ist und so augenscheinlich ein reger Diffusionsstrom nach der Haut eingeleitet wird, brachte mich auf den Gedanken, diese Eigenschaften des Kali zu diagnostischen Zwecken zu benutzen, indem ich mir dachte, daſs durch den so eingeleiteten Flüssigkeitsstrom auch Mikroorganismen an die Oberfläche befördert werden, welche in der Tiefe der Hautschichten ihren Sitz haben. Ich machte nun Versuche zunächst an Lupus und in der That gelang mir die Färbung von Tuberkelbacillen aus dem lebenden Gewebe, das heiſst aus dem durch verdünnte Kalilauge angelockten Serum. Ich habe

etliche Fälle von Lupus zu untersuchen Gelegenheit gehabt und in den meisten Präparaten säurefeste Bacillen in mehr oder weniger grofser Anzahl im jeweiligen Präparat (von wenigen bis zu dutzenden) nachweisen können, welche nach Form und Färbungsverhalten (Entfärbung namentlich mit Essigsäure) als Tuberkelbacillen zu charakterisieren waren.

Um mich gegen den Vorwurf zu schützen, dafs die gefundenen säurefesten Bacillen wohl in die Gattung der Smegmabacillen gehören, habe ich die .gefundenen von diesen erstens durch das Färbeverfahren, zweitens durch Agar- und Gelatinekultur von Smegma mit Erfolg abzugrenzen versucht.

Cornil und Babes charakterisieren das Färbeverhalten der Smegmabacillen[1] folgendermafsen: „Ils peuvent aussi se colorer par la liqueur d'Ehrlich et résister à la decoloration par l'acide azotique, comme les bacilles de la tuberculose. Seulement leur couleur résiste moins à l'action de l'alcool. Ils se colorent plus facilement avec les couleurs simples. Ils se décolorent plus facilement que ceux de la tuberculose sous l'influence de l'acide acétique cristallisé.[2]

Soweit ich übersehen kann, haben die neueren Arbeiten zur Differenzierung dieser Bacillen auch nichts wesentlich Neues zu Tage gefördert.

Ich habe, wie angedeutet, Smegma untersucht und ich mufs gestehen, dafs ich in demselben weit weniger Tuberkelbacillen ähnliche Organismen finden konnte, als in meinem aus Lupusknötchen mit Kali gewonnenen Serum. Wohl aber befanden sich Kokken in überaus grofser Menge in den Präparaten.

Durch die Kultur von Smegma konnte ich sowohl auf Agar als auf Gelatine blofs zwei Organismen isolieren, die als Kokken zu bezeichnen waren und sich auch so färbten; besonders schön auf Gelatine, auf welcher ihr Wachstum ein etwas langsameres war. Der eine Coccus machte eine rasenartige, ausgedehnte Kolonie von mattem Fettglanz, der andere pflanzte sich in kleinen punktförmigen Kolonien fort, welche zuerst mit kleinen Tröpfchen einer aufgespritzten schmutzig mattweifs glänzenden Ölfarbe, die später etwas citronengelber in der Farbe wurden, zu vergleichen waren.

Die gefundenen Bacillen von anderen säurefesten Bacillen abzugrenzen, z. B. dem Timotheegrasbacillus,[3] dem Mistbacillus, dem Petrischen, dem Rabinowitschschen hielt und halte ich für durchaus überflüssig, da sie anderwärts vorkommen.

---

[1] Alvarez und Tavel, gleichzeitig auch Matterstock. Cf. Baumgartens Mykologie. 1890, pag. 682.

[2] Cornil-Babès, Les Bactéries etc. Paris, Felix Alcan, Éditeur. 1886, pag. 166.

[3] Cf. Moeller, Über dem Tuberkelbacillus verwandte Organismen. *Therap. Monatsh.* Heft 11, November 1888.

Deshalb nämlich, wenn wir in einem klinisch als Lupus zu bezeichnenden Falle mit wohlausgebildeten, diaskopisch festgestellten Lupusknötchen durch die Kaliserotaxis säurefeste Bacillen gewinnen, in einem Falle von Ulerythem (Lupus erythematodes), von dem wir annehmen, dafs es den Mykosen, z. B. der Trichophytie näher steht als dem Lupus tuberculosus, wieder andere Organismen, aber keine Tuberkelbacillen ähnliche Gebilde, wenn wir ferner solche beim Ekzem durch unsere Methode nicht finden u. s. w., so werden wir doch gerechterweise schliefsen dürfen, es handelt sich in unseren Lupuspräparaten in der That nicht um zufällige Befunde, sondern um die mutmafslichen Krankheitserreger, also um Tuberkelbacillen.

Ich empfehle daher das Verfahren, welches weiter zu verfolgen ich die nächste Zeit keine Gelegenheit haben werde, zur Nachprüfung und gebe zu dem Behuf folgende Technik.

Technik zu diagnostischen Zwecken.

Festzuhalten ist für die Technik zu diagnostischen wie auch zu therapeutischen Zwecken, dafs wir keinen Schorf erzeugen wollen, sondern möglichst viel wasserhelles Serum zu Tage befördern. Versuche haben gezeigt, dafs man mit folgender Kalilösung für beide Zwecke nahezu auskommt:

Liq. Kali caustici 1 }
Aq. font. 3 } partes

einer also 3,7 %igen Kalilösung, bei erhaltener Hornschicht. Bei zerstörter, auf Granulationsgewebe genügt eine 1 %ige Kalilösung. Hat man es dagegen mit isolierten Lupusknötchen in hartem Narbengewebe zu thun, so bedient man sich einer Lösung von

Liq. Kal. caustici }
Aq. font. } aa part. aeq.

also einer $7^1/_2$ %igen, nötigenfalls auch der offizinellen Kalilauge; diese ist 15 %ig.

Zuerst wird die zu untersuchende Stelle mit Seife und Äther gereinigt. Dann tupft man mittelst eines vorher sterilisierten zugespitzten Hölzchens, welches mit Watte montiert ist, die 3,7 %ige Kalilösung auf. Nach ca. 2—3 Minuten ist an dieser Stelle genügend wasserhelles, etwas gallertartiges Serum zu Tage getreten, um dieses mit steriler Platinöse oder dem Hölzchen selber auf eine Anzahl Objektträger mit Wasser vermischt zu verreiben.

Dann Untersuchung in Karbolfuchsin etc. Zu bemerken ist, dafs vollständig gesundes Gewebe auf diese Lösung nur durch Rötung reagiert. Auf Granulationsgewebe erhält man jedoch, wie bemerkt, schon durch sehr diluierte Lösungen, z. B. durch 1 %ige, ein reichliches Serum.

Wir werden demnach lediglich zur Zerstörung der Hornschicht das Kali koncentrierter anwenden, eventuell, wenn die Zerstörung nicht prompt genug erfolgt, auch durch mechanisches Ein- und Abreiben nachhelfen.

Es läfst sich kaum sagen, bei welchen Erkrankungen man die Methode zu diagnostischen Zwecken anwenden kann. Es sei mir gestattet etliche Affektionen anzuführen, bei welchen die Methode diagnostisch wenig oder nichts, ferner des weiteren solche, wo sie dagegen therapeutisch viel leistet und leisten wird.

Keinen Vorteil bietet die Methode zur Diagnose der Lepra, was in dem anatomischen Bau der derben Leprafibrome begründet ist. Man kann bei Lepra, wenn man diagnostisch an die Möglichkeit denkt, durch eine Blutuntersuchung, sei es durch einen Nadelstich in die Fingerbeere, sei es durch Skarifikation über einem verdächtigen Leprom Bacillen in Menge nachweisen, mehr als man serotaktisch durch Kalilösungen gewinnt, man mufs ja hier nicht blofs die Hornschicht, sondern das ganze Epithel zerstören, bis man auf die in der Cutis gelagerten Bacillen gelangt. Mit Vorteil wird man die Methode also da anwenden, wo eine Affektion zwar in der Tiefe der Cutis ihren Sitz hat, aber mit schlechtem parakeratotischem Epithel bekleidet ist.

Wenig, wie überhaupt bei der Diagnose der Hautepiphyten, leistet die Methode diagnostisch bei der Trichophytie der Haut, therapeutisch dagegen viel. Man erhält zwar ein überaus reichliches Serum gerade bei Trichophytien der Haut, was wohl darin seine Erklärung findet, dafs die Hyphenschläuche die Rolle der Kapillarattraktion übernehmen. Andererseits ist es aber auch begreiflich, dafs die verhältnismäfsig langen Gebilde, die die oberen Hautschichten allseitig durchfilzen, schwerer einer flüssigen Reizung nach aufsen folgen.

Abnahme und Verreibung von Schüppchen nach bekannten Methoden leistet hier mehr.

Keine Gelegenheit habe ich bis jetzt gehabt, die serotaktische Methode in jenen langwierigen Fällen von Handekzemen anzuwenden, welche die französischen Dermatologen geneigt sind direkt als tuberkulöse aufzufassen; dafs hier die Methode geeignet ist, eine exakte Diagnose zu ermöglichen, glaube ich sicher, ebenso wie es möglich sein wird, Fälle von Lupus tuberculosus von Lupus erythematosus und von Syphilis abzugrenzen.

Anläfslich einer früheren Arbeit[4] über Karbolätzungen habe ich die bekannte Beobachtung histologisch bestätigt gesehen, dafs Ätzmittel in

[4] A. Frickenhaus, Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Acidum carbolicum liquefactum auf die gesunde Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 22, pag. 272, 338.

starker Koncentration eben durch die stürmische Fällung des Gewebseiweifses sich selbst gewissermafsen eine Grenze für allzugrofse Tiefenwirkung setzen. Ich habe am Schlusse dieser Arbeit die Vermutung ausgesprochen, dafs Ätzmitteln, in geringeren Koncentrationsgraden angewandt, möglicherweise eine gröfsere Tiefenwirkung zukomme, da man von solchen die Vorstellung haben kann, dafs sie das Gewebseiweifs weniger prompt und weniger intensiv binden.

Ob und wie weit dies überhaupt möglich ist bei Ätzmitteln, welche Eiweifs fällen, bleibe dahingestellt. Im Gegensatz zu diesen kommt Kalilösungen (cf. Husemann, *Arzneimittellehre*) die Eigenschaft zu, gefälltes Eiweifs zu lösen und in Lösung zu erhalten, ferner Wasser und Kohlensäure aus der Luft (jedenfalls auch aus dem Gewebe) begierig anzuziehen. Es ist somit ein serotaktisches Ätzmittel *κατ' ἐξοχήν*.

Möglicherweise ist ferner aber die Alkalescenz des Mittels, gegenüber dem selbst alkalischen Gewebe, wobei es im Gegensatz zu Mineralsäuren nicht zu einer Neutralisation kommt, schuld an der mehr flüssigen Verätzung. Die anderen alkalischen Ätzmittel, Natronlauge und Ammoniak, verhalten sich ja ähnlich.

Kali causticum in Substanz setzt bekanntlich einen gallertartigen Schorf, in verdünnter Lösung nur ein wenige Leukocyten enthaltendes Serum. Wir haben demnach die Dosierung des Mittels ganz in der Hand.

Wir wollen keinen Schorf erzeugen, unter welchem beispielsweise, wie ich mich überzeugt habe, Organismen fröhlich weiter gedeihen (z. B. der Streptobacillus unter Karbolschorf). Wir wollen die Organismen an die Oberfläche schaffen und den Krankheitsherd durch Wasserentziehung austrocknen und im Vereine mit der erzeugten reaktiven Hyperämie veröden. Das gelingt in der That.

Die nähere Art der Wirkung bleibt noch besonderen experimentellen histologischen Versuchen zu überlassen.

Technik zu therapeutischen Zwecken.

Wenn ich mir erlaube für kurative Zwecke eine Technik anzugeben, so kann es den Schein erwecken, als ob ich etwas ganz Altes und Überflüssiges bringe. Es geschieht aber deshalb, weil ich der Anwendung des Kali, aber nur in verdünnten Lösungen gerade im Gesichte bei der Behandlung des Lupus, des Lupus erythematosus, von Makrosporien, Trichophytien, der Sykosis, des Ekzems u. s. w. das Wort reden möchte. Die Wiener Schule verwirft nämlich mit Recht die Applikation dieses Ätzmittels in koncentrierter Form beim Lupus des Gesichts wegen der strangförmigen Narbenbildung. Diese unangenehme Eigenschaft kommt aber, wie ich mich überzeugt habe, den stark verdünnten Lösungen in keiner Weise zu. Im Gegenteil, es erfolgt eine sehr prompte und kosmetisch durch-

aus befriedigende Verheilung. Ich benutze starke Kalilösungen, ebenso wie es die Wiener Schule thut, nur zum Entfernen der Hornschicht, also namentlich im Lupusnarbengewebe z. B. reine offizinelle Kalilauge (15%ige) oder auch hälftig mit Wasser verdünnt. Diese verreibe ich vorsichtig mit einem mit Watte montierten Hölzchen, um einen möglichst kleinen Hornschichtdefekt zu setzen. Dann aber ätze ich mit einer verdünnten Lösung nach und zwar, je nachdem ich genügend oder ungenügend Serum erhalte, mit einer 1—3,7%igen.

Wir halten uns also vorrätig eine offizinelle Kalilauge, eine 3,7%ige sowie eine 1%ige Lösung, ferner ein Meſsglas, mehrere reine Gläschen und Wasser zur Herstellung jeder wünschenswert erscheinenden Verdünnung.

Das Verfahren ist schmerzhaft, aber nur momentan, der Schmerz ist in wenigen Minuten vollständig verschwunden.

Ich ätze zwei, wenn es gestattet wird auch drei Tage hintereinander und je nach der Empfindlichkeit die Affektion in ihrer ganzen Ausdehnung oder nur Teile derselben. Hinternach zuerst feuchter Verband unter Maske, dann im Wechsel mit Salben oder Pasten Leim- und Kollodiumverband. Nach acht oder mehr Tagen Wiederholung des Verfahrens, bei welchem wir mit der zunehmenden Verheilung jedesmal weniger reagierende Stellen erhalten.

Ich habe mich überzeugt, daſs insbesondere in Gruppen stehende Lupusknötchen durch diese Behandlung in überraschend kurzer Zeit zu schöner und vollständiger Abheilung gelangten. Daſs man dabei des scharfen Löffels für ausgedehntere tuberkulöse Granulationen (Lupusplasmom und Scrophuloderma) vollständig entraten kann, will ich damit nicht sagen. Im Gegenteil werden diese noch immer die Domäne des chirurgischen Eingriffes bleiben.

Für indiziert halte ich ferner das Verfahren auf Grund meiner Beobachtungen namentlich beim Ulerythem. Dasselbe reagiert ebenso wie die Trichophytien der Haut ganz enorm auf diluierte Kalipinselungen.

Nebenbei gesagt gelang es mir aus Ulerythemserum einen eigentümlichen Organismus zu gewinnen, welchen ich für einen spezifischen halten möchte, wenn ich Gelegenheit fände denselben in einer Reihe von Fällen konstant nachzuweisen, und ich möchte Kollegen, welchen reichliches Ulerythemmaterial zu Gebote steht, auf diese Gelegenheit einen neuen Pilz zu entdecken, aufmerksam machen. Ich habe es bis dato versäumt den Versuch zu machen, aus Kaliserum Kulturen zu erzielen, und möchte für solche Versuche die Anwendung von Lösungen vorschlagen, welche eben noch serotaktisch auf Granulationsgewebe wirken, einprocentige Lösungen und darunter.

Keine Gelegenheit habe ich gehabt, das Mittel bei Favus und Tricho-

phytien der behaarten Kopfhaut anzuwenden, möchte aber zu einem Versuch auffordern.

Bei einem seit 15 Jahren bestehenden Ekzem des Gesichtes, bei welchem ich mit anderen Mitteln zu langsam vorwärts kam, erzielte ich eine gänzliche Abheilung im Verlauf weniger Wochen. Die Nachbehandlung bestand in diesem Falle lediglich in der Applikation von Kollodium an circumscripten Stellen sowie von Zinkichthyolsalbenmull.

Auf Grund dieser Darlegungen glaube ich das Verfahren, wiewohl die Untersuchungen noch nicht ganz abgeschlossen sind, doch zur Nachprüfung dringend empfehlen zu dürfen.

Worauf kommt es bei der Heilung eines Unterschenkelgeschwürs an?

Von

Dr. med. G. Freudenthal in Peine.

Seit langem gilt das Ulcus cruris als Crux medicorum et patientium. Daher ist es zu erklären, dafs von den Patienten, ehe sie sich dem Arzte überantworten, alle möglichen Haus- und Volksmittel: wie Zuckerpuder, Absud von Heu- und Haferstroh, Zwiebelschalen, Hundefett etc. etc. zur Anwendung, wenn auch resultatlos, gelangen. Von den „Helfern in der Not“ wird andererseits, nachdem sie vergeblich die altüberlieferten Heilmittel: wie Hg, ZnO_2, Bor, Alumen etc. durchprobiert haben, von vornherein ein um so gröfseres Vertrauen den en masse neu auftauchenden, sogenannten Specificis entgegengebracht.

Und in der That legt man selten eine medico-therapeutische Litteratur aus der Hand, dafs nicht irgend ein Novum, als experimentell gegen Ulcus cruris bewährt, angelegentlichst angepriesen wird. So werden Dermatol, Europhen, Airol, Loretin, Glutol, Orthoform etc. etc. gerühmt, dafs sie wahre Wunderdinge zwecks Beschleunigung der Heilung leisten sollen.

Dennoch haben sowohl die traditionellen wie recenten Medikamente ohne Unterschied, jedes für sich und an sich, erst in allerletzter Reihe mitzusprechen; es kommt für den prompten therapeutischen Erfolg vorerst auf eine ganze Anzahl ebenso mafsgeblicher Faktoren an.

Das Alter der Patienten wird ganz allgemein nur insofern von Bedeutung sein, dafs bei jüngeren Leuten die örtliche Heilungstendenz als eine energischere vorausgesetzt werden darf.

Dann macht sich ein kurativer Unterschied bei dem Geschlechte geltend.

Die Weiber sind nämlich vielerlei, lokal nicht gleichgültigen Schädigungen mehr ausgesetzt: schon durch das unvermeidliche asanitäre Schnüren mit Korsett und Strumpfbändern.

Die Schwangerschaft ist von nachteiligster Wirkung für das Beinleiden. Denn willkürlich wie unabsichtlich hemmen sie insgesamt den freien Rückfluſs des Blutes aus den unteren Partien des Körpers.

Sozial-wirtschaftlich werden die schwer arbeitende, erholungsbare Arbeiter- und Handwerkerbevölkerung, und unter ihnen die stehend Beschäftigten, wie Tischler, Schlosser etc., das heilungswidrigste Kontingent stellen. Unter den Tagelöhnern sind obendrein durch ihre vorzugsweise Arbeit einige Klassen direkt hautschädigenden Einflüssen ausgesetzt, wie z. B. Gerber, Erz- und Bergwerker etc.

Auſser der personellen, äuſseren Lage spielt der beim Ulcerösen konstatierbare Status praesens totalis eine bedeutsame Rolle.

Allgemein vermag ein gut genährter, krankheitsbarer Körper weit schneller seine Defekte auszugleichen, als ein unter ungenügender Nahrungszufuhr gehaltener, dekrepider; bei diesem wird es zum Aufbau von neuen Formenelementen des überschüssigen Eiweiſses ermangeln.

Die an konstitutionellen, hämo- und lymphogenen, sowie an Cirkulationsstörungen Leidenden werden ganz gewiſs bei der eiligen Geschwürsreparatur zurückstehen.

Haben wir bis jetzt die allgemeinen Verhältnisse des Patienten einer kritischen Musterung unterzogen, so wollen wir nun die betroffene Körperregion selbst einer eingehenderen Betrachtung würdigen. Fassen wir zuerst die nähere Umgebung des Geschwüres ins Auge.

Hinderlich für eine gleichmäſsig fortschreitende Epithelbedeckung des Defektes sind in erster Linie von der Norm abweichende Zustände in den Hautgefäſsen. Solche finden sich bei den verschiedenartigsten Hautausschlägen, welche die Extremität betreffen, und vor allem bei gröſseren Narben, wie sie z. B. durch Verbrennung, komplizierte Frakturen u. s. w. entstanden sind. In solchen Fällen tritt dann noch als weiteres nachteiliges Moment die straffe, unnachgiebige Beschaffenheit des neugebildeten Bindegewebes hinzu, welche namentlich ungünstige Aussichten für die Heilung bietet, wenn die Narbe unglücklicherweise die Bedeckung eines Knochens (Schienbeinkante!) bildet. Am miſslichsten erweist sich vollends das Vorhandensein stärkerer, variköser Anschwellungen; und doch hat man gerade mit diesem Faktor nahezu in jedem Falle zu rechnen.

Ferner fragt es sich: ist die vordere Tibiagegend befallen oder mehr die muskulöse Wadengegend in den Defekt einbezogen? Auf dem scharfkantigen Knochen nämlich zeigt die geschwürig angefressene Haut nur

schwache Heilungs-Fähigkeit und -Dauer (auch ohne Narben) wegen ihrer Exponiertheit ohne Muskelunterlage. Eben deshalb wird sogar eine hier neugebildete Bedeckung der Öffnung leicht wieder zu Grunde gehen. Erstreckt sich gar das Geschwür cirkulär um den Schenkel, und fehlt es an intermediären Epithelinseln, so dürfte der endgültige Erfolg lange auf sich warten lassen. Jedenfalls ist die längsförmige, aber seltenere Gestalt seinem Schlusse förderlicher.

Ganz wesentlich fällt die mehr oder minder lange Zeit, welche ein Geschwür schon bestanden hat, ins Gewicht.

Falls es sich um ein mehrmals geheiltes und wieder aufgebrochenes Bein handelt, wird der Arzt oft einen schweren Stand haben; denn es fehlt an normaler Haut in der nächsten Umgebung. Gar bei einem viele Jahre hindurch verschleppten Ulcus, wo abgestorbene und verjauchte Gewebsfetzen den kraterförmigen Grund bedecken, die Ränder unterminiert und weithin indurativ entzündet sind, die spärlichen Granulationen schwammig und torpide sich erweisen, ein fötider, grünschmutziger Eiter das ganze Feld überdeckt, da wird ein mühsamer therapeutischer Kampf zu überwinden sein.

Wie hat dagegen die Behandlung zu verfahren?

Zunächst ist selbstredend gegen die mehr äufserlichen Fatalitäten allgemeinerer Natur zu Felde zu ziehen.

Beim Weibe wird man den willkürlichen Schädigungen entgegen zu treten haben: das starre Schnürkorsett und die unterbindenden Strumpfbänder wären durch Reformleibchen und Strippen zu ersetzen. Dafs man rationellerweise die Patientinnen besser nicht als gravidae oder doch nicht gegen Ende der Schwangerschaft in Behandlung nimmt, braucht wohl keiner besonderen Erwähnung. Den durch ihre eigenartige Arbeit speziell bedrohten Kranken wäre, wenn auch keine Berufsänderung, doch wenigstens zu Anfang und Ende der Kur eine ca. 8—14tägige Ruhepause abzuverlangen. Gegen die einschlägigen Körpererkrankungen (Anämie, Cirkulationsstörungen etc.) sind die üblichen Heilkräfte ins Vordertreffen zu führen. Mitweilen nämlich, wenn das Allgemein- und meist auch Grundleiden für die Persistenz des Ulcus behoben ist, wird sich bei oder mit der Restitutio universalis auch das lokale Übel zur Besserung wenden. Gegen die hochliegenden Varicen soll oberhalb des ulcerösen Herdes eine gefäfsklemmende Federpelotte angelegt werden, oder bei überdickem Hauptstrange mufs eine kurze Strecke reseziert werden.

Bevor man zur Behandlung des Geschwüres selbst schreitet, hat selbstverständlich eine gründliche Reinigung (Rasieren) der nächsten Umgebung einzutreten.

Heifse Teilbäder mit Salz- oder Seifeningredienzen, mit Lösungen

von übermangansaurem Kalium, mehrmalige Waschungen mit Schmierseife empfehlen sich für diesen Zweck. Energisches Nach- und Abreiben, auch der Geschwürsfläche, mit in Formol-, H_2O_2-, $HgCl_2$-Lösungen getränkten Wattebäuschen leiten schon die eigentliche Therapie ein. Durch sie werden der Foetor und die Eiterung beseitigt und hintangehalten, die Abstoſsung von nekrotischen Fetzen angeregt, und die damit einsetzende, frische Granulationswucherung und Neuepithelisierung vom Rande her befördert. Ist die angrenzende Region des Geschwüres phlegmonös infiltriert, so eignen sich dagegen recht häufige und eiskalte Umschläge mit essigsaurer Thonerde (30,0 ad 750,0) bei hochgelagertem Beine zur schleunigen Verdrängung dieses und der weiteren Übelstände. Die unterminierten, indurativen Ränder werden schon durch eben genannte Vornahmen zum Schwinden gebracht werden; kräftig unterstützen kann man letzteres durch cirkuläre Massage des Geschwürwalles und durch erstmalige, bewährte Schwammverbände.

Will man Nekrose und Eiterung, Induration und Minierung, kurz die gesamte Torpidität des Ulcus mit einem Schlage radikal aus der Welt und vom Beine wegschaffen, so ist eine energische Handhabung des scharfen Löffels oder allein des verschorfenden Paquelin von nöten. Der Anwendung des ersteren hat jedoch eine kräftige Desinfizierung vorauszugehen, um die Resorption jauchiger Säfte in die bei der Operation eröffneten kleinen Gefäſse zu verhüten. Hingegen dürfte eine oberflächliche Ätzung mit dem milden Argentum nitricum, besser mit Zincum chloratum, sogar mit dem nascierenden Sublimat (HgCl und NaCl) wegen der immerhin doch nur geringen Tiefenwirkung den gleichen Erfolg kaum nach sich ziehen. Will man die operative Heilung sc. die Transplantation an das Auskratzen direkt anschlieſsen, so ist bekannte Vorbedingung zum guten Gelingen (abgesehen von der Asepsis), daſs die eingetretene Blutung vollständig gestillt sei. Doch darf kein konsekutiver Blutschorf sich als später hinderndes Medium über die Wunde weder ganz noch teilweise ausbreiten. Kann man beides nicht sogleich erreichen, so vermag man nach anderweitigem Vorschlage die excidierten Hautstückchen ohne Bedenken für ihre Integrität 12—20 Stunden hindurch in einem Gläschen (Reagens- oder Pillen-) aufzubewahren. Doch muſs dieses, wie ich habe nachprüfen können, zuvor mit physiologischer Kochsalzlösung und einigen Tropfen schwacher Sublimatlösung gefüllt und dann während genannter Zeit erwärmt gehalten werden. Um nachher die sich sofort wieder herstellende Einrollung der Hautplättchen beim Aufpflanzen zu verhüten, lagert man sie flach auf ein eben angefeuchtetes Rasiermesser oder besser auf einen Salbenspatel; von hier aus zieht man sie langsam und unmittelbar an Ort und Stelle der Wunde. Der bekannte, darüber geschichtete Salbenverband wird noch durch eine fest angezogene, elastische Binde

gesichert. Damit mufs der Patient während 8 Tagen wenigstens strikt das Lager hüten. Denn einmal wird durch die Ruhigstellung des Beines die Unverschieblichkeit des Verbandes eher gewährleistet, vor allem wird die Inaktivität und gleichmäfsige Bettwärme, zumal im Winter, der schnellen Heilung zu gute kommen.

Zu dieser geringfügigen Operation werden sich dennoch nur die wenigsten bereit finden lassen. Ihre Weigerung entspringt nicht so sehr der Scheu vor den begleitenden Schmerzen, weil sie ja dabei narkotisiert werden können, sondern hauptsächlich findet sie ihre Erklärung in der unfreiwilligen, durch jene Operation bedingten Mufsezeit. Darum ist man meistenteils auf die medikamentöse Therapie angewiesen.

Dafs für die Verbände die früheren, zu Gangrän disponierenden Karbolumschläge gänzlich ausgeschlossen sind, bedarf wohl heute keiner besonderen Betonung. In ähnlicher Vorsicht würde ich vor der häufigen Anwendung differenter Sublimat-Spülungen oder gar Einwickelungen warnen; denn sie ätzen die jungen Granulationen immer wieder an. Diese Schädigung wird durch die sofort danach eintretende, weifsliche Verfärbung illustriert. Auch Jodoform kann nur unter besonderer, stetiger Aufmerksamkeit wiederholt aufgestreut werden. Selbst wenn es nämlich die ersten Male anstandslos vertragen wird, kann plötzlich selbst nach seiner intermediären Sistierung die Idiosynkrasie dagegen zum unerwarteten Ausbruch kommen. Von einer kumulativ entstandenen Vergiftung kann jedoch nicht die Rede sein. Denn einmal tritt die fatale Erscheinung, wie schon eben gesagt wurde, selbst nach längeren Unterbrechungen im Gebrauche auf, doch besonders ohne weitere, allgemeine Symptome. Durch das nur lokal entstandene kleinblasige Ekzem und die mächtige Phlegmone ist der bis dahin erreichte Heilerfolg in Frage gestellt oder gar zu nichte gemacht.

Im übrigen und im Gegensatze zu den meisten Ärzten, sogar zu den „Ulcus-Spezialisten", lege ich weder wählerisch, noch positiv Gewicht auf dieses, jene alte, neue Medikament. Hingegen halte ich prinzipiell darauf, dafs bei jeder Nachschau, die spätestens innerhalb drei Tagen vorzunehmen ist, das Mittel beliebig gewechselt wird.

Bei länger liegenden Verbänden machen sich nämlich, zumal im Sommer, unangenehme Zersetzungsgerüche bemerkbar. Ad II scheint sich faktisch das regenerierende Geschwür an ein und dieselbe länger angewandte Substanz zu gewöhnen und gegen ihre Wirksamkeit abzustumpfen. Ja! ich habe es ebendeshalb sehr förderlich gefunden, selbst die, sozusagen, innere Qualität des Verbandes einer fortwährenden Änderung zu unterziehen: bald Salben, bald Puder, bald feucht medikamentöse Umschläge, bald Pflaster, bald Leim (die beiden letzteren nach BEIERSDORF-UNNA).

Aufsen wird man zur Resorption des Wundsekretes (Eiter?) nach Wunsch Schwamm, Moos, Watte verwenden. Gleichzeitig bieten diese Materialien anfänglich ein elastisches Polster, da jedes Schnüren ängstlich vermieden werden mufs. Wohl ist ein gleichmäfsig federnder Druck für die schnellere Epithelisierung vorteilhaft, und diese Forderung wird noch in erhöhtem Mafse durch Benutzung einer Trikotschlauchbinde erfüllt. Dagegen dürfte vor dem An- und Umlegen einer Gummibinde dringend zu warnen sein, da sie wegen ihrer Undurchlässigkeit aus später darzulegenden Gründen die neugebildete Epidermis gefährden. Auf den Schutz dieser letzteren mufs man auch bei der selbst nassen Ablösung etwa eines anklebenden Pulververbandes sorgfältig bedacht sein, da das junge Häutchen sonst leicht mit der Borke zugleich abreifst. Um ganz sicher zu gehen, kann man den Patienten dazu anhalten, dafs er vor jeder Konsultation das umwickelte Bein, nachdem die Trikotbinde zuvor entfernt ist, in warmer Sool- und Seifenlösung badet. Diese Mafsnahme sorgt nämlich nicht allein dafür, dafs der fest anhaftende Verband er- und abgeweicht wird, sondern es wird auch vermöge seiner Durchtränkung ein wunderfrischender, granulationsfördernder Effekt bei dem Ulcus erzielt. Zumal gegen Schlufs des Defektes ist diese stimulierende Hydrotherapie nicht warm genug zu befürworten, da die Heilung dann in der Regel zur Trägheit neigt. — Bei diesem Lokalstadium wird man jedenfalls am besten fahren, wenn man auf die noch bestehende kleine Öffnung einen „überüber“deckenden Epidermisfleck transplantiert. Überdies mufs, zumal im Winter, auch ohne operativen Eingriff kurz vor dem Ziele die dienliche Bettruhe und -Wärme aufgesucht und länger bewahrt werden.

Ist endgültige Überhäutung eingetreten, so mufs dennoch, gleichwie von einem Rekonvalescenten, von dem Betreffenden für sein freilich nur lokales Wohl und Gedeihen beharrlich Sorge getragen werden. Zur schnelleren und ergiebigeren Verdickung der frischen, leicht verletzlichen Haut verordne ich gerne weiterhin eine 2—4 %ige Resorcin- oder Tumenolpaste. Aufserdem lasse ich dauernd, nur nachts im Bette nicht, eine ziemlich fest angezogene Trikotschlauchbinde tragen; sie mufs morgens vor dem Aufstehen von der Fufswurzel bis zum Knie regelmäfsig umgewickelt werden. (Bei dieser einfachen Prozedur ist nur Obacht nötig, dafs die 12 cm breite Binde unter dem Fufse keine am Gehen hindernden Falten schlägt.) Sie soll einmal, wie schon früher angedeutet wurde, durch ihren stetigen Druck die oberflächliche Verhornung der jungen Haut herbeiführen, doch hauptsächlich soll sie den gewöhnlich klappeninsuffizienten Unterschenkelvenen (Krampfadern) die Last des Druckes der centralwärts gelegenen Blutsäule abnehmen. Auch der Anschwellung, welche anderenfalls entstehen würde, beugt man so vor. Nebenbei schützt der Trikot als dickes, elastisches Polster die

eben verheilte, widerstandslose Stelle gegen fatale äufsere Insulte. Sollen jedoch die angenommenen günstigen Wirkungen der Binde von Dauer sein, so mufs alle vier Wochen spätestens eine wenig kostspielige Erneuerung eintreten, da dann durch Waschen und Gebrauch ihre Elastizität geschwunden ist. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch einmal gegen die Anwendung von Flanell- und Gummibinden oder gar Gummistrümpfen meine mahnende Stimme erheben, da jene vor oder nach Regeneration des Ulcus den nachteiligsten Effekt zur Folge haben. Der dicht gewebte Flanell, der zudem wenig Elastizität in sich birgt, hält besonders im Sommer aufserordentlich warm. Das haarige Wollgewebe kitzelt die Haut und erregt Juckreiz. Bei Anwesenheit von Feuchtigkeit (Schweifs) oder nach mehrmaligem Waschen verfilzt es überdies: d. h. es verliert seine Resorptions- und Perspirationsfähigkeit. So werden durch Flanell sowohl, wie noch schlimmer durch das nicht poröse Gummi die flüssigen und gasförmigen Ausscheidungen der Haut in der weiteren Passage minder oder mehr behindert und wirken durch ihre Zersetzung als irritierende und macerierende Agentien. Es tritt infolgedessen ein juckendes Ekzem auf, das beim leichtesten Scheuern von neuem Defekte absetzt. Unter dem gleichen Gesichtspunkte würde man sich gegen das nahezu abschliefsende Bedecken der Beine mit hohen Leder-Schaftstiefeln auszusprechen haben.

Endlich ist den Betreffenden bei der ärztlichen Entlassung dringlichst einzuschärfen, dafs sie bei einem — einerlei wodurch verschuldeten — Wiederaufbrechen der alten Stelle sich sofort wieder melden. Der alsbaldige Schlufs des noch kleinen, frischen Defektes würde dann leicht zu erreichen sein. Hingegen dürfte das länger vernachlässigte und erst eigen behandelte Geschwür doppelte Mühe und nicht zum wenigsten Kosten verursachen.

Obwohl ich von der Thatsache überzeugt bin, dafs mit meinen obigen, etwas ausführlichen Darlegungen der einschlägigen Therapie des Ulcus cruris keine neuen Bahnen eröffnet sind, so schien mir gegenüber den täglich frisch auftauchenden und angepriesenen Spezialmitteln (und „Spezialisten“) der markante Hinweis der weiteren Bekanntgabe wert:

„Nicht auf das Medikament an sich, sondern nur auf den öfteren Wechsel des inneren und äufseren Verbandes kommt es vorwiegend für die Heilung des Unterschenkelgeschwüres an.“

Aus der Praxis.

Liantral, ein reines Steinkohlenteerextrakt.

Von

Dr. Troplowitz.

Die Verwendung des Steinkohlenteers in der Dermatotherapie ist bisher im allgemeinen nur eine beschränkte gewesen, trotzdem gerade dieses Mittel eine Reihe von Eigenschaften besitzt, die es der eingehendsten Berücksichtigung wert erscheinen lassen. Es sind zwar in den letzten Jahren eine Anzahl Vorschriften zu erfolgreich gebrauchten Steinkohlenteerlösungen von Leistikow, Fischel, Sack und anderen veröffentlicht worden, es ist aber dennoch keine derselben in allgemeine Aufnahme gekommen; auch das älteste Steinkohlenteerpräparat, der Liquor carbonis detergens Wright und die diesem ähnlichen Präparate werden in Deutschland nur wenig angewendet. Der Grund für die beschränkte Verwendung all' dieser Lösungen oder Auszüge ist zum gröfsten Teil darin zu suchen, dafs in jeder von ihnen nur ein Teil der im Steinkohlenteer enthaltenen wirksamen Stoffe gelöst, und dafs die Form der flüssigen Lösung an sich in vielen Fällen zu therapeutischer Verwendung nicht geeignet ist. Dafs sich der Steinkohlenteer als solcher aber trotz seiner alle Holzteere übertreffenden Wirksamkeit nicht in den Arzneischatz eingebürgert hat, ist wohl nur auf seine äufseren Eigenschaften zurückzuführen, die ihn in jeder Beziehung als Rohprodukt charakterisieren.

Der Steinkohlenteer ist bekanntlich ein Gemisch von einigen siebzig Verbindungen, deren Mengenverhältnisse von dem Ursprung und der Art der Verkokung der verwendeten Steinkohlen abhängen. Ein integrierender Bestandteil, ca. 30% des Teers, sind überaus fein verteilte Kohle und in den bekannten Lösungsmitteln unlösliche Brandharze. Diese beiden aber sind für die therapeutische Verwendung nicht nur unnötiger Ballast, sondern sie sind es auch, welche seine unangenehmen äufseren Eigenschaften bedingen. Reibt man z. B. eine mit einem solchen Teer hergestellte Salbe in die Haut ein, so setzt sich die unlösliche Kohle in die Poren der Haut, verstopft dieselben zum Teil, erschwert dadurch die Resorption der löslichen Bestandteile und ist schliefslich mit den im Haushalt zu Gebote stehenden Reinigungsmitteln gar nicht abzuwaschen; dies gelingt sogar kaum mit dem natürlichen Lösungsmittel des Teers, dem Benzol. Das vorliegende Bedürfnis nach einem Steinkohlenteer ohne

die soeben erwähnten nachteiligen Eigenschaften war daher Veranlassung, der Darstellung eines solchen näher zu treten. Die leitende Idee mufste sein, den Teer einerseits von seinen unlöslichen Bestandteilen zu befreien, ihm andererseits aber sämtliche löslichen und flüchtigen Bestandteile zu erhalten. Nachdem einmal durch eine Reihe von Vorversuchen festgestellt war, dafs Benzol das geeignetste Lösungsmittel für Steinkohlenteer ist, hatte man seine Löslichkeit durch Verwendung von Rührwerken aufs Höchste zu steigern, die unlöslichen Stoffe durch möglichst vollkommene Filter zu entfernen (was der überaus feinverteilten Kohle wegen bedeutende technische Schwierigkeiten bietet) und schliefslich das erhaltene Filtrat bei so niedriger Temperatur einzuengen, d. h. von dem zur Lösung benutzten Benzol zu befreien, dafs höchstens die unter 80° C. siedenden Bestandteile des Teers dabei verloren gehen.

Einen Beweis dafür, wieweit es auf diese Weise gelingt, die gestellten Aufgaben zu lösen, bieten die Resultate der quantitativen Bestimmung der Phenole in dem Rohteer und in dem so gereinigten Produkt. Während in ersterem 1,54 % Phenole gefunden wurden, waren dieselben in letzterem auf 2,11 % angereichert; die Zunahme entspricht ziemlich genau dem Verhältnis der entfernten unlöslichen Teile.

Das fertige Produkt, welches unter dem Namen Liantral von der Firma Beiersdorf & Co. in den Handel gebracht wird, stellt ein aus Gasteer bereitetes, schwarzbraunes, dickflüssiges, nur in dünner Schicht klar durchsichtiges Liquidum von eigenartigem aromatischen Geruch dar, welches an der Luft nur langsam eintrocknet. Liantral ist unlöslich in Wasser, leicht löslich in Benzol und dessen Homologen, nur teilweise löslich in fetten und ätherischen Ölen, Spiritus, Äther, Aceton, Benzin und Gemischen der erwähnten Körper.

Das Liantral wird als Liantral-Guttaperchapflastermull, Liantralsalbenmull, Salicylsäure-Seifenpflaster auf Trikot mit Liantral, überfettete Seife mit Liantral und in Form nachstehender Recepte in der Praxis bereits mit bestem Erfolge verwendet:

Oleum Liantrali.

Liantral	10,0
Ol. olivar.	ad 100,0 filtra!

Tinct. Liantrali aetherea.

Liantral	10,0
Spirit. aether.	ad 100,0

Nach wiederholtem Schütteln und eintägigem Stehen werde filtriert!

Liantral-Filmogen.

Liantral	10,0—20,0
Filmogen	ad 100,0

Liantral-Spray.

Liantral	10,0
Aether	ad 100,0 filtra!

Sapo kalinus c. Liantral.

Liantral	5,0—15,0
Sap. kalin.	ad 50,0

Pasta Zinci c. Liantral.

Zinc. oxyd.	12,5
Terr. silic.	2,5
Liantral	2,5—5,0
Adip. benzoat.	ad 50,0

Tinct. Liantrali comp. (Leistikow).

Liantral	10,0
Pyrogalloli	2,0—5,0
Spir. aetherei	ad 100,0

Tinct. Liantrali saponinata.

Cort. Quillaiae	20,0
Spirit. dil.	100,0

Nach achttägigem Stehenlassen werden zu dieser Tinktur ohne vorheriges Filtrieren

Liantral 20,0

hinzugefügt. Die nach abermaligem achttägigem Stehenlassen unter wiederholtem Umschütteln gewonnene Tinktur wird klar abfiltriert. (Anwendung und Wirkung dieses Präparates entsprechen dem Liq. carbonis detergens und dem Coaltar saponiné.)

Liantral-Streupulver.

Liantral 1,0—5,0

werden mit Hülfe von etwas Äther mit

Amyl. Tritici
Talcum venet. aa ad 100,0

verrieben, bis der Äther vollständig verdunstet ist.

Ungt. refrigerans c. Liantral.

Liantral	2,5—5,0
Adeps Lanae	30,0
Aquae dest.	ad 50,0

Ungt. Zinci c. Liantral.

Liantral	1,0—5,0
Ungt. Zinci	ad 50,0

Ungt. Caseini c. Liantral.

Liantral	1,0—10,0
Ungt. Caseini	ad 50,0 disp. in tuba!

Past. Zinci sulfurata c. Liantral.

Liantral	2,0—5,0
Past. Zinci sulfurat. (Unna)	ad 50,0

Versammlungen.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 8. Dezember 1898.

Original-Bericht von LAVARENNE-Paris.

Über eine durch Eingeweidewürmer verursachte Urticaria, von JACQUET. Ein 30jähriger, kräftiger Mann erkrankte vor 10 Monaten an heftigen Leibschmerzen mit Erbrechen, Atembeschwerden, nebst heftigem Jucken und Auftreten von Urticariaquaddeln. Diese Erscheinungen wiederholten sich zuerst alle 14, dann alle 8 Tage, und schliefslich ging per os ein grofser Eingeweidewurm ab. Als dem Patienten Santonin verabreicht worden und noch sechs weitere Würmer abgegangen waren, verschwanden sofort alle Erscheinungen.

Über eine pigmentierte Urticaria, von BALZER und MONSEAUX. Die Patientin ist 9 Jahre alt. Der Beginn des Auftretens der ersten Erscheinungen ist auf etwa zwei Jahre zurückzuführen. Gegenwärtig besteht die Affektion aus Pigmentflecken und Erhabenheiten, deren Konsistenz derjenigen weicher Mollusca gleicht. Auf Gesicht, Rumpf und Gliedmafsen kommt es von Zeit zu Zeit zum Auftreten von Urticariaquaddeln, wobei die bereits bestehenden Elemente an Umfang zunehmen. Der gegenwärtigen Dermatose war eine Impetigo rodens vorausgegangen und meint B., dafs dieselbe vielleicht die Ursache der Urticaria gewesen ist. Eine Untersuchung des Blutes ist nicht gemacht worden; dagegen besteht bei der Patientin eine besondere Reizbarkeit des Nervensystems, indem unter den scheinbar geringfügigsten Einflüssen im Gesichte wahre Exantheme auftreten, die ebenso rasch wieder verschwinden. — LEREDDE weist auf die Thatsache hin, dafs viele von diesen Kranken an gastrointestinalen Störungen leiden.

Behandlung des Keloids mit Injektionen von Kreosotöl, von BALZER. Es handelt sich um ein scrophulöses Mädchen, bei dem sich nach einer Operation in der Ohrgegend ein Keloid ausgebildet hatte, das exstirpiert wurde, sich aber rasch wieder bildete und die Dimensionen eine Hühnereies erreichte. Es wurden im ganzen neun Injektionen von 20%igem Kreosotöl in die Tiefe des Tumors gemacht, was zu einer vollständigen Exulceration des Keloids führte, während das umgebende gesunde Gewebe vollständig unversehrt blieb, abgesehen von einer vorübergehenden Rötung. — BROCQ hat Keloide mit sehr günstigem Erfolge mittelst Aufstäuben von Schwefelwasser — Luchon — verbunden mit Massage erzielt. — BESNIER weist darauf hin, dafs zwei grofse Klassen von Keloiden zu unterscheiden sind: die spontanen Keloide und die Keloide nach zufälligen oder chirurgischen Traumata. Diese letzteren zeichnen sich dadurch aus, dafs sie sehr oft nach einer mehr oder weniger langen Zeit spontan zurückgehen, so dafs man besser thut mit jeder Art von Behandlung zu warten. Was den Fall von BALZER anbelange, so könne es sich um eine Mischform von Keloid und Lupus handeln, wofür die weiche Konsistenz, die besondere Empfindlichkeit und das eigentümliche gegenwärtige Aussehen sprechen.

Behandlung der Alopecia areata durch einfache aseptische Reizung der Haut, von JACQUET. Die grofse Mehrzahl der Dermatologen sind gegenwärtig in dem Punkte einig, dafs die Hautreizung die erste Bedingung bei der Behandlung der Alopecie bildet. Es handelte sich nur darum, diese Reizung zu dosieren. J. ist nun

überzeugt, dafs die erste Periode der künstlichen Entzündung, d. h. die Hyperämie, zur Stimulation des Haarwachstums vollständig genüge. Er hat zunächst an sich selbst experimentiert, da er selbst von der Affektion befallen war und im Barte eine etwas über zweifrancsstückgrofse Alopieplaque trug. Um nun eine zwar nur vorübergehende, aber nach Belieben zu erneuernde Hyperämie zu erzeugen, bedient er sich einer Bürste aus Schweineborsten, die er auf die Plaque und ihre Umgebung wiederholt aufdrückt bis sich die Stelle rötet; aufserdem wird die ganze Kopfhaut resp. Bartregion täglich mit einer trockenen Bürste tüchtig eingerieben. Da es bei dieser Bürstenbehandlung öfters zu Excoriationen kommt, ist es ratsam, antiseptisch zu verfahren, und um der Behandlung einen etwas wissenschaftlichen, „berufsmäfsigen" Charakter zu verleihen, bedient er sich einer fettigen antiseptischen Lösung (Alkohol à 96 80,0, Ricinusöl 20,0, Sublimat 0,10, Opoponaxextrakt und Cochenilletinktur q. s.), worin die Bürste vor dem Gebrauche getaucht wird. Verfasser ist der Ansicht, dafs dieses unschädliche Verfahren schneller als jedes andere zum Ziele führt; es scheint dasselbe zur Stimulation der „papillären Lethargie" zu genügen.

Phagedänisches Geschwür der Zunge, von Fournier. Es handelte sich um ein sehr grofses Geschwür der Zunge, welche selbst riesige Dimensionen angenommen hatte und wie eine grofse Wurst zum Munde heraushing; ausgedehnte Lymphdrüsenschwellung der Submaxillargegend. Kalomelinjektionen und Jodkalium, innerlich verabreicht, brachten die Schwellung langsam zum Abnehmen; die vollständige Heilung liefs aber immer noch hartnäckig auf sich warten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs es sich um ein Carcinom handelte und klinisch wurde eine Kombination von Carcinom und Lues angenommen, in Anbetracht der günstigen Beeinflussung durch die kombinierte Hg-J-Therapie. — Darier meint, dafs die Diagnose von Lues nicht berechtigt sei, indem sie mikroskopisch nicht nachgewiesen und andererseits auch das Carcinom durch Kalomel günstig beeinflufst werde. — Leredde rät frühzeitige chirurgische Intervention an, sobald die Diagnose Carcinom durch das Mikroskop festgestellt ist; das Kalomel will er ausschliefslich für inoperable Fälle reserviert wissen.

Hereditäre Syphilis. Primäres phagedänisches Geschwür des Rachens. Gastou zeigt ein anatomisches Präparat, das von einem tuberkulösen Kinde herrührte, bei dem ein Geschwür nach und nach Nase, weichen Gaumen und Rachen zerstört und schliefslich auch die Wirbelsäule angefressen hatte. Der Patient war ohne jeden Erfolg mit Hg unter allen seinen Gestalten behandelt worden. — Galezowski weist auf die Übelstände der kombinierten Hg-KJ-Therapie hin, indem das KJ die allzu rasche Elimination des Hg herbeiführe und so seine Wirkung teilweise aufhebe.

Durchgängigkeit der Canales deferentes bei Individuen nach doppelter Orchitis. Morel-Lavallée berichtet über zwei Fälle dieser Art.

Über zwei Fälle von bandförmigen Dermatosen der unteren Extremitäten, von Hallopeau und Constensoux. Die Eruption nahm die ganze Länge der Extremität bis auf die Glutaealgegend ein, wo sie sich in dem Innervationsgebiete benachbarter Nerven vermengte. Solche Eruptionen müssen wahrscheinlich als spät aufgetretene Naevi aufgefafst werden. Andererseits hätte man noch festzustellen, ob sie in histologischer Beziehung zum Lichen Wilson, zur Psoriasis oder zu sonst irgend einer noch nicht klassifizierten Dermatose zu rechnen sind.

Über die Caseinfirnisse. Darier zeigt verschiedene Muster solcher Firnisse und zwar sowohl Unnasche als solche, die in Paris bereitet wurden; er empfiehlt dieselben aufs wärmste und zählt ihre vielfachen Vorzüge auf.

(Übersetzt von C. Müller-Genf.)

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Juli 1898.

Die in dieser Sitzung fortgesetzte Diskussion über den Vortrag von SILEX „Über tabische Sehnervenatrophie" hatte besonders den Zusammenhang zwischen **Tabes und Syphilis** zum Gegenstande und gestaltete sich höchst interessant durch die Äufserungen VIRCHOWS über diesen Punkt.

STADELMANN glaubt fest an den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis. Es giebt typische Fälle von Tabes dorsalis, die durch eine Quecksilberkur günstig beeinflufst werden. Man solle daher nicht nur in den atypischen, nicht ganz sicher gestellten Fällen von Tabes, sondern auch in nicht gar zu sehr vorgeschrittenen typischen Fällen, selbst bei nicht vollständig sicher gestellter Lues eine vorsichtige Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber versuchen.

Gegenüber SILEX, der tabische Sehnervenatrophie trotz wiederholter regelmäfsiger antisyphilitischer Kuren gesehen hat, weist BLASCHKO darauf hin, dafs nach den Statistiken in etwa 10—15% der Fälle von Syphilis Tertiärerkrankungen vorkommen, dafs aber von diesen 10—15% die grofse Mehrzahl nicht oder ungenügend behandelt worden ist, so dafs nur etwa 2 oder 3% der Fälle trotz genügender Initialbehandlung zu Späterkrankungen Anlafs geben und unter diesen wieder die schweren, weniger syphilitischen als parasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems nur einen minimalen Procentsatz bilden. Das beweist, dafs eine gute Initialbehandlung doch in den meisten Fällen einen sicheren Schutz gewähre. Als notwendiges Korrelat der Hg-Kuren sei allerdings eine Hygiene des gesamten Nervensystems unentbehrlich.

VIRCHOW hat mit einer gewissen Unruhe diesen Diskussionen zugehört und dabei bemerkt, wie die Syphilidologie immer gröfsere Siege erficht ohne eigentlichen Kampf. Man sucht sich nicht nur bei Tabes, sondern auch beim Aneurysma und bei der progressiven Paralyse aus der grofsen Zahl von ätiologischen Möglichkeiten eine heraus, und da findet man, dafs die Syphilis ganz ausgezeichnet schön pafst. „Ich finde gar nicht, dafs sie pafst." Denn bei einer lokalen Affektion. wie auch die ist, geht man doch nicht so zu Wege, dafs man, wenn irgendwo eine lokale Affektion auftritt, berechnet, wie oft der Mann, welcher diese Lokalaffektion hat, syphilitisch gewesen ist — diese Methode wird jetzt bei der Tabes angewendet —, sondern man verfährt umgekehrt, man fragt erst: kommen bei Leuten, welche exquisit syphilitisch sind, gerade die hier zur Verhandlung stehenden Affektionen vor. VIRCHOW ist nun in der That immer von neuem überrascht, zu sehen, dafs gerade diejenigen Affektionen, welche die diskutierenden Ärzte jetzt besonders bevorzugen, wie Tabes, Aneurysma und progressive Paralyse, aus dem gewöhnlichen Symptomenkomplex der konstitutionellen Syphilis gänzlich ausscheiden. Ferner steht in der Geschichte der konstitutionellen Affektionen der Lues anatomisch obenan die Reihe der Amyloiderkrankungen, die bei Tabes gar nicht oder höchstens sehr selten vorkommen. Was die Schmierkur bei Tabes anbetrifft, so ist dieselbe kein so gefährliches Ding, dafs man sie nicht, wenn sie vorsichtig gebraucht und genügend überwacht wird, in einem Falle, wo man nicht ganz sicher ist, ob sie schon angewandt worden ist, trotzdem anwenden könnte. Das ist das Äufserste, was zugestanden werden kann. Im übrigen mufs man warten und im Rückenmark selbst Erkrankungen suchen, welche in einem näheren Konnex mit der konstitutionellen Syphilis stehen als die bis jetzt bekannten. Bisher reduziert sich die ganze Beweisführung auf die „Historie", sie ist rein anamnestisch. Wenn man wirklich durch Rechnung ermitteln will, ob alle diejenigen Krankheiten, die jemand, der einmal syphilitisch gewesen ist, der irgend eine venerische Affektion in seiner Jugend durchgemacht hat, nachher andauernd als syphilitisch betrachtet werden müssen, so genügt doch nicht die Statistik, sonst würde

man zu horrenden Schlüssen kommen, so würde unsere ganze Medizin nichts weiter als ein grofser syphilitischer Sumpf werden. Dafs es gelingen wird, individuelle Unterscheidungen innerhalb der Gruppe Tabes, verschiedene Formen dieser Krankheit aufzufinden, stellt VIRCHOW durchaus nicht in Abrede, hält dies sogar für wahrscheinlich.

Im Schlufswort schliefst sich SILEX den Ausführungen VIRCHOWS vollständig an. Er hat niemals irgendwelche Beziehungen der tabischen Sehnervenatrophie zur Syphilis nachweisen können und hält eine Schmierkur für nutzlos. *I. Bloch-Berlin.*

Wiener dermatologische Gesellschaft.

RILLE demonstrierte in den Sitzungen während des Februar, März, April 1898 folgende Fälle:

1. **Zwei syphilitische Primäraffekte an der Unterlippe** in Gestalt linsengrofser, kreisrunder, scharf umschriebener Substanzverluste, deren Basis derb, rotbraun glänzend ist, viel seröse Flüssigkeit absondert. Auffallend ist die Duplicität der Geschwüre, welche erst seit acht Tagen bestehen.

2. **Drei Fälle von universeller Psoriasis vulgaris,** behandelt mit subcutanen Injektionen von Natrium cacodylicum. Nach 50 täglichen Injektionen einer Spritze einer Lösung (4:10) ist bei zwei Heilung eingetreten, bei einem eine sehr bedeutende Besserung. Der Vortragende hat noch weitere neun Fälle in gleicher Weise behandelt, nur in einem Falle versagte das Heilmittel. Ein Fall von Lichen ruber planus ist nach 15 Injektionen, die übrigens schmerzlos sind, sehr gebessert. — Die Cacodylsäure, vor zwei Decennien von JOCHHEIM empfohlen, aber wegen des unangenehmen Geruches, den sie dem Harne, der Exspirationsluft, dem Schweifse mitteilt, wieder verlassen, ist jüngst von DANLOS wieder aufgenommen. Derselbe wandte 0,1 Natrium cacodylicum $(CH_3)_2ONa$ bei Psoriasis an; der Vortragende hat, wie erwähnt, weit gröfsere Dosen injiziert. — Guten Erfolg darf man sich nur bei den akuten, disseminierten Formen versprechen.

3. **Universelles Leucoderma syphiliticum** bei einem 18 Monate alten Kinde. Es handelt sich sicher um erworbene Syphilis. Leucoderma beim Kinde sah NEISSER nur zweimal; ob es bei hereditärer Lues vorkommt, ist fraglich. Das Kind weist breite Kondylome an den Genitalien und am After auf. Ob letzteres für die Diagnose einer acquirierten Lues verwertet werden kann, wird von andern Rednern angezweifelt.

4. **Ulceriertes Gumma der Conjunctiva** am linken oberen Augenlide; vertieftes, graugelb belegtes Geschwür mit zackigen Rändern. Dasselbe besteht seit vier Wochen. Gleiche Ulcera an der Stirnhaargrenze, am äufseren Präputialblatt. Der Primäraffekt war erst vor $^3/_4$ Jahren aufgetreten; es ist eine Syphilis maligna praecox. — KAPOSI wendet sich gegen die Bezeichnung „Syphilis maligna" in diesem Falle. — EHRMANN würde das Geschwür nicht als Gumma, sondern als Rupia bezeichnen, die aus zerfallenen, oberflächlichen Papeln entstehen. KAPOSI will die Rupia nicht als besondere Krankheitsform anerkennen. HEBRA würde die Bezeichnung pustulös-ulceröses Syphilid vorziehen.

5. **Zahlreiche kleine tuberkulöse Geschwüre an Zunge und Mundschleimhaut** bei einem 29jährigen Fleischhauer, die seit drei Jahren neben einer älteren Kehlkopftuberkulose bestehen.

6. **Einen 49jährigen Mann mit kreisrunden, narbenähnlichen, weifslichen, sehr dünnen und faltbaren Stellen.** Dieselben entwickeln sich an den Extremitäten, wie der Kranke angiebt, spontan. Möglicherweise gehen sie auch aus der Involution

kleiner, lentikulärer oder halberbsengrofser, schmutzig-gelber oder braunroter Geschwülste hervor, wie sie sich an den unteren Extremitäten des Kranken finden. — Kaposi will das Leiden den Striae atrophicae anreihen. — Der Vortragende bemerkt, dafs die Kreisform dagegen spreche.

7. **Disseminierte Pigmentflecken an den seitlichen Halsgegenden und am Stamm bei einem 21jährigen Mädchen.** Die lange Dauer und die Verteilung sprechen gegen Syphilis. Mechanische Insulte rufen Striemen und Quaddeln hervor, wie bei der Urticaria factitia. Jucken fehlt.

8. **Atrophia cutis idiopathica** in Gestalt thalergrofser, livider oder blauroter Flecke am linken Ellenbogen, an der Basis der drei mittleren Finger, am Handrücken, an der Beugefläche des Handgelenks bei einer 36jährigen Näherin. Am Arm stärker injizierte Venennetze. Das Leiden entspricht dem Erythema paralyticum (Neumann), der Erythromelie (Pick).

9. **Zwei Fälle von Lichen ruber planus** behandelt mit Natrium cacodylicum. Beim ersten sind nach 75 täglichen Injektionen die Efflorescenzen geschwunden; die zurückgebliebenen Pigmentflecke werden immer blasser. Auch beim zweiten ist die Besserung im stetigen Fortschreiten.

10. **Impetigo herpetiformis** bei einem 17jährigen Tischlerlehrling beobachtete Verfasser; es ist das dritte Mal, dafs dieses Leiden bei einem männlichen Individuum beobachtet wird. Dasselbe entwickelte sich im Anschlufs an die Incision eines Drüsenabscesses und ein danach entstandenes Jodoformekzem. Unter Fieber brachen in der Leiste und an der inneren Schenkelfläche Gruppen dichtgedrängter Pusteln auf entzündeter Basis hervor; allmählich wurde die ganze Körperoberfläche ergriffen. Auch Zungenschleimhaut, Lippen und Zahnfleisch waren ergriffen. Unter remittierendem Fieber, Delirien, Albuminurie allmählicher Kräfteverfall; Tod nach vier Wochen. Die Sektion ergab im Oesophagus zahlreiche, kleine Geschwüre.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Jährliche Versammlung der Italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie,

abgehalten in Rom vom 28.—30. Dezember 1897.

(*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.* 1898. Heft 3.)

Majocchi spricht über eine Varietät der Rupia syphilitica: **Rupia foliacea.** Die Krusten bestanden aus koncentrisch übereinander gelagerten lamellösen Schichten. — An der Diskussion beteiligen sich de Amicis, Breda und Majocchi, welche bei Psoriasis auch schichtenförmige Borken konstatiert haben, die sich aber von den syphilitischen sowohl in klinischer als in morphologischer Beziehung unterscheiden.

de Amicis: **Demodex folliculorum und Hyperchromie der Haut.** Bei einem 27jährigen Frauenzimmer bildete sich in der Gegend des Kinnes eine immer intensiver werdende milchkaffeefarbene Pigmentation aus. Die Haut war glänzend, über das umgebende Niveau nicht erhaben, glatt ohne Desquamation. Die Stelle war von zwei parellelen, bis zu den Mundwinkeln reichenden Linien seitlich abgegrenzt; mit der Lupe betrachtet erschien die Haut leicht angeschwollen mit deutlich sichtbaren Follikelmündungen. Mikroskopisch wurden in der Haut aufserordentlich zahlreiche Exemplare des Demodex folliculorum nachgewiesen. Die Affektion verschwand denn auch nach entsprechender Behandlung, welche die Entfernung der Parasiten bezeckte.

G. Melle: **Experimentelle Untersuchungen über den Lupus erythematosus bezüglich der Tuberkulose.** Danach wäre die tuberkulöse Natur des Lupus ery-

thematosus noch lange nicht erwiesen. Therapeutisch bewährte sich der Salicylpflastermull vorzüglich, während Auskratzungen zu keinem Resultate führten.

DE AMICIS: **Eigentümliche und schwere Folgen einer subcutanen Sublimatinjektion.** Ein Patient hatte wegen Syphilis bereits 43 Sublimatinjektionen erhalten. Bei der vierundvierzigsten, welche in der Gegend der Schulterblattspitze gemacht wurde, verspürte er plötzlich einen heftigen Schmerz mit Krämpfen im Bauche, Schwindel etc. Am Abend stellte sich Urinretention hinzu, am folgenden Morgen eine Parese des linken Beines, während sich die Blasenlähmung nicht veränderte. Am Abend hatte sich von der Einstichstelle ausgehend ein hämorrhagischer Zoster ausgebildet. Am dritten Tage war eine vollständige Paraplegie der unteren Extremitäten ausgebildet. Nach einem Monat starb der Patient an Septikämie.

RONDONA: **Urethritis chronica und Phimosis.** Als Komplikation der chronischen Blennorrhoe durch Hinzutreten von Streptokokken werden angeführt die Urethritis profunda, die Balanoposthitis und aus dieser letzteren, infolge von entzündlicher Schwellung, Perforation und Narbenbildung, die Phimose.

BREDA demonstriert ein **Instrument zur bequemen Entnahme von Sekreten** aus männlicher und weiblicher Urethra, dem Uterus etc. in beliebigen Tiefen.

DE AMICIS: **Konstitutionelle Syphilis. Aufserordentliche Persistenz der erblichen Übertragbarkeit.** Eine mit einem an cerebraler Lues verstorbenen Manne verheiratete Frau hatte verschiedene Fehlgeburten gehabt und verehelichte sich mehrere Jahre später, ohne selbst jemals syphilitische Erscheinungen dargeboten zu haben, mit einem absolut gesunden jungen Manne: Fünf Geburten, darunter drei Aborte, ein Kind starb im zweiten Jahre an Meningitis, ein anderes am 35. Tage mit Roseola, papulösen Efflorescenzen, Coryza. Bei der fünften Geburt kam es zu schweren geistigen Störungen. Der Fall würde somit die direkte Übertragbarkeit der Syphilis durch den Vater beweisen, was von vielen geleugnet wurde. Bemerkenswert ist ferner bei demselben die langdauernde Virulenz der spezifischen Infektiosität, indem 15 Jahre nach dem Zusammenleben mit einem gesunden Manne noch syphilitische Kinder geboren wurden. Es handelt sich hier um eine nachfolgende Infektion der Mutter — choc en retour.

MELLE: **Beitrag zum Studium der vollständigen und plötzlichen Taubheit wegen Otitis interna im Verlaufe einer acquirierten Lues.** Da der Fall mit Schwindel, Gleichgewichtsstörungen verbunden war, verlegt M. den Sitz der Affektion in diesem Falle in das Labyrinth.

PAOLINI: **Die syphilitischen Roseolen.** Eine klinische und histologische Studie dieser Eruptionen.

MELLE: **Elephantiasis des linken Beines bei einem noch jugendlichen Individuum.** Bei dem 18jährigen Patienten konnte im Blute kein Parasit (Filaria) aufgefunden werden, auch waren die abdominalen Lymphdrüsen, soweit sich dies durch gründliche Palpation konstatieren liefs, nicht angeschwollen. Es handelte sich deshalb wahrscheinlich um eine chronische progressive Dermatitis.

STANZIALE: **Ein Fall von multiplen harten subcutanen Fibromen.** Die Tumoren zeichnen sich hier durch ihre ungewöhnlich feste Konsistenz aus.

REALE: **Über die Sklerose des Präputiums infolge von idiopathischer Atrophie desselben, mit sekundärer Phimose und Ulceration.** Die Atrophie der Vorhaut mufste in den angeführten und beschriebenen Fällen als idiopathisch aufgefafst werden, da jeder primäre entzündliche Prozefs fehlte. Als ätiologisches Moment dieser Atrophie kann vielleicht das Alter der betreffenden Patienten angesehen werden. Auf diesem durch Atrophie modifizierten Boden können sich dann mit Leichtigkeit sekundäre Infektionen entwickeln.

P. Colombini: **Bakteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartolinitis.** Beitrag zum Studium ihrer Pathogenese. Unter 17 Fällen dieser Affektion wurde bei 11 der Gonococcus nachgewiesen; bei den 6 anderen konnte die Blennorrhoe als Ursache ausgeschlossen werden und handelte es sich hier um eine gewöhnliche pyogene Infektion, wobei Traumata und Berufsart nur die Rolle von Gelegenheitsursachen spielen.

Ducrey und Respighi: **Über die ausschließliche Lokalisation der sogen. Porokeratose auf die Schleimhaut der Mundhöhle.** Die Redner betonen noch, daſs sich diese eigentümliche Affektion auch auf die Mundhöhlenschleimhaut lokalisieren kann, daſs sie eine vollständige Dermatose darstellt, die, wenn auch gewisse Ähnlichkeit mit dem Lichen Wilsons aufweisend, von diesem grundverschieden ist und auch nicht in die Gruppe der Ichthyose aufgenommen werden kann. Die Bezeichnung Porokeratose finden sie unpassend.

Oro: **Vergleichende bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über die Kapselbacillen von Pfeiffer und von Frisch.** Nach den Untersuchungen von O. können die beiden Pilze gar nicht miteinander identifiziert werden.

Mazza: **Einige Betrachtungen über das Rhinosklerom.** Aus der ziemlich umfangreichen Arbeit geht hervor, daſs das Rhinosklerom meist von der Nasenhöhle ausgeht und sich am häufigsten durch Kontinuität ausbreitet. Anatomisch kennzeichnet es sich als ein Granulom; es ist aber noch nicht festgestellt, ob dieses Granulom einen spezifischen Charakter trägt. Ebenso läſst sich über die Natur der sogen. hyalinen Körperchen nichts Genaues sagen. Im Rhinoskleromgewebe findet man den Frischschen Bacillus, der für Tiere unschädlich ist; es ist aber nicht ausgeschlossen, daſs er sich nicht auch in anderen Geweben vorfindet. Der Pfeiffersche Bacillus dagegen ist für Tiere pathogen und, im Gegensatz zum Frischschen, hochgradig gasbildend.

Ducrey: **Über einige in der Nasenrachenhöhle des Menschen vorkommende und mit den Mikroorganismen des Rhinoskleroms verglichene Kapselbacillen.** Bei verschiedenen meist katarrhalischen Affektionen der Nasenrachenschleimhaut fand D. unter anderen öfters den Friedländerschen, Pfeifferschen und Löwenbergschen und in einigen wenigen auch den Frischschen Kapselbacillus, welcher letztere somit für das Rhinosklerom nicht als spezifisch zu betrachten wäre.

Pini: **Chemische und experimentelle Untersuchungen über einen Fall von Pemphigus vegetans.** P. hat bei dieser Dermatose eine fühlbare Abnahme der Harnsäure konstatiert; ferner sollen durch die Nieren Substanzen eliminiert werden, welche hypothermische, anämisierende, myotische und zuweilen letale Wirkungen entfalten.

Melle: **Klinischer und anatomisch-pathologischer Beitrag zum Studium der Psorospermosis cutanea vegetans.** Der Fall zeichnet sich aus durch das Auftreten auſserordentlich zahlreicher Bläschen auf einer heftig geröteten, nässenden Haut bei fehlendem Pruritus.

Brocchieri: **Das Rückenmark in einem Falle von Pemphigus simplex.** Die Veränderungen waren sozusagen ausschlieſslich auf die graue Substanz des Rückenmarks lokalisiert und bestanden in entzündlichen und hämorrhagischen Erscheinungen mit hyperplastischen Veränderungen der Kapillarwandungen.

Gravagna: **Über die idiopathische Hautsarkomatose. Experimentelle Untersuchungen.** Die Untersuchung des Blutes auf Mikroorganismen, des Urins in Bezug auf seine Toxicität fiel negativ aus; ebenso waren keine Blastomyceten zu finden und Tierinokulationen blieben resultatlos. Die Frage der Ätiologie und Pathogenese ist somit noch nicht gelöst. Die Arsenikkur (subcutane Injektionen von Liquor

arsenicalis Fowleri) blieben ohne jede Wirkung auf das allgemeine Befinden des Individuums sowie auch auf die Hauterscheinungen.

Calderone: **Klinischer Beitrag zur Behandlung der Lepra mit dem Serum von Carasquilla.** Obwohl C. mit diesem Serum keine Heilungen zu erzielen vermochte, hofft er dennoch, dafs sich die Methode, wenn einmal vervollkommnet, bewähren werde.

de Amicis: **Bakteriologische Untersuchungen über die Verruca vulgaris.** de A. ist der Meinung, dafs die bisher in den Warzen angeblich vorgefundenen bakteriellen Gebilde keineswegs pathogener Art, sondern rein accidentelle Erscheinungen seien, indem einige Forscher gewisse Degenerationszustände der Zellen des Rete Malpighii als Mikroorganismen aufgefafst haben.

Carbuccio: **Leukoplakia der Vulva.** C. findet einen kausalen Zusammenhang zwischen der Leukoplakia und der Infiltration der Lymphfollikel der Vulva, deren anatomische Beschreibung unter normalen Verhältnissen von Finger mitgeteilt worden ist.

Mosca: **Histologische Betrachtungen über einen atypischen Fall von circumskriptem Epitheliom der Glabella.** Obwohl keine speziellen Fixations- oder Färbungsmethoden angewandt worden waren, fiel in den Präparaten die aufserordentlich grofse Zahl atypischer und pathologischer Karyokinesen auf.

C. Müller-Genf.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

Band V, Heft 6.

I. **Zur Histopathologie einiger Nagelerkrankungen,** von J. Heller-Berlin. (Vergl. Referat Bd. XXVII. pag. 173.) Der Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgendem Resultate: „Die pathologische Untersuchung der peripherischen Nerven und der markhaltigen Nervenendigungen ergab in einem Falle nichts Abnormes, bei dem klinisch eine auf Nervenverletzung zurückzuführende, mit Zeichen trophischer Nervenstörung einhergehende (Glossyskin) Onychogryphosis vorlag."

II. **Sektionsergebnisse aus dem Leprosorium bei Riga,** von Carl Brutzer. Das Material für die vorliegenden Betrachtungen bildeten neun im Verlaufe eines Jahres, von 1897—1898, im Leprosorium der Stadt Riga verstorbene Patienten, welche an Lepra tuberosa gelitten hatten. Der Verfasser bespricht zunächst in Kürze die Todesursache und die interkurrenten Krankheiten, welche die Patienten durchzumachen hatten. Die meisten der neun verstorbenen Leprösen hatten ein hohes Alter erreicht. Fünf waren über 75 Jahre alt, drei über 55 Jahre; eine Patientin war 33 Jahre alt. Im ganzen waren es sieben Frauen und zwei Männer. Die Todesursache bildete in einem Falle Magencarcinom, in einem zweiten chronischer Bronchialkatarrh mit Asthma, in einem dritten Fettherz und allgemeine Lipomatose, im vierten und fünften Falle Septikopyämie, im sechsten ein langdauernder Suppurationsprozefs, im siebenten, achten und neunten Falle Nervenveränderungen. In sieben von den neun Fällen fanden sich bei der Sektion tuberkulöse Veränderungen. In allen neun Fällen waren die Nieren miterkrankt. Bei der Durchsuchung der Nieren nach Leprabacillen konnte Verfasser

in sechs Nieren einen positiven Befund konstatieren, und zwar lagen die Bacillen in für die lepröse Erkrankung typischen zelligen Herden. Die Erkrankung der Nieren ist nach einer Statistik von BEAVAN RAKE in 22% der Fälle die Ursache des Todes. — Leber und Milz boten stets reiche Bacillenbefunde, während im Magen und Darmkanal die Leprabacillen fehlten. (Der Artikel ist auch erschienen in *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1898. No. 42.)

III. **Über den Primäraffekt der Akne, des Gesichtslupus, der Lepra und anderer Krankheiten der Lymphkapillaren,** von GEORG STICKER-Gießen. Verfasser versucht es, an die Stelle der heute allgemein angenommenen eine andere, wohl begründete Erklärung der Pathogenese und der Ausbreitung der Akne, des Gesichtslupus, der Lepra, des Erysipels etc. zu setzen. Auf Grund bereits feststehender Thatsachen und eigener Beobachtungen spricht er die Ansicht aus, daſs bei den erwähnten Affektionen und bei einigen anderen die Infektion stets in der Nase beginnt, auf dem Wege der Lymphbahnen fortschreitet und in der Mehrzahl der Fälle zunächst das Gesicht ergreift. Für das Erysipel und den Rotz wird dies nur noch selten bezweifelt. Sicher ist auch, wenn man die Patienten daraufhin untersucht, daſs man bei der weitaus gröſsten Zahl der Leprösen eine ulceröse Zerstörung der Nasenschleimhaut über dem knorpeligen Teil des Nasenseptums auf oder hinter dem Ursprung der Plica vestibuli findet. Daſs diese Veränderungen an der Nase den Primäraffekt der Lepra darstellen, wie die Sklerose am Penis den Primäraffekt der Syphilis, dafür führt Verfasser folgende Gründe an: 1. Der Affekt in der Nase, welcher meistens Unmassen von Leprabacillen enthält und auch nach auſsen abgiebt, ist die einzig konstante Veränderung bei allen Leprakranken, in allen Formen und Stadien der Krankheit. 2. Die Affektion in der Nase hat auch da den Charakter eines Geschwürs oder seiner Folgezustände, wo am ganzen Körper keine Verschwärungen von Lepromen und Lepriden sich finden; sie muſs also etwas Besonderes sein. 3. Bei jeder Nervenlepra, mag dieselbe, äuſserlich betrachtet, an den Händen, im Gesicht oder an den Füſsen beginnen, findet sich die lepröse Läsion der Nasenschleimhaut ebenso regelmäſsig wie bei der Knotenlepra. Solange die Lepra nicht abgeheilt ist, enthält das Nasengeschwür stets die Leprabacillen in mehr oder weniger groſsen Massen. 5. Allgemeinen Recidiven und Nachschüben der Lepra gehen örtliche Störungen in der Nase häufig voran. 6. Die manifeste Knotenlepra beginnt meistens in der unmittelbaren Umgebung der Nase. 7. Störungen in der Nase: Jucken, Blutungen, Katarrhe, Schwellungen u. s. w. sind einzelnen guten Beobachtern als jahrelange Prodrome der Lepra längst bekannt, bisher nur falsch gedeutet worden. 8. Das bacillenhaltige Nasengeschwür kann als einziges und mithin als erstes Symptom der Lepra bei Kindern gefunden werden. — Verfasser findet den Beweis für die Richtigkeit seiner Auffassung in den von SAPPEY, TEICHMANN, KEY und RETZIUS beschriebenen Verbindungsbahnen zwischen Nasenseptum und äuſserer Haut einerseits und zwischen Nasenseptum und den Lymphbahnen des ganzen centralen und peripheren Nervensystems andererseits. Die näheren anatomischen Daten dieser Verbindungsbahnen sind folgende: Von der Nasenschleimhaut aus läſst sich ein Lymphkapillarnetz injizieren, welches unter der Oberfläche des ganzen Schleimhauttractus und der ganzen äuſseren Haut ein zusammenhängendes Kanalsystem bildet. Vom Lymphkapillarnetz der Nase aus führen besondere Abfluſswege einmal zu den subarachnoidalen Räumen des Gehirns, andererseits durch das Epithel hindurch zur Oberfläche in der Umgebung der Ausführungsgänge der Schleimhautdrüsen. In diesen anatomischen Thatsachen sind die Wege für den Leprabacillus von der Nase aus zur Haut einerseits, zum Nervensystem andererseits deutlich genug vorgeschrieben. Was von der Lepra, gilt mutatis mutandis von der Akne, vom Lupus vulgaris, Lupus erythematosus etc. Verfasser war in der Lage, in fast allen Fällen

von Akne, Lupus vulgaris und Lupus erythematosus, die ihm bisher zu Gesicht gekommen sind, ganz analoge Veränderungen auf der Nasenschleimhaut nachzuweisen wie bei der Lepra, und zwar namentlich beim Lupus, auch dann, wenn die äufseren Veränderungen auf der Haut ganz entfernt von den Nasenöffnungen erschienen waren. — Zukünftig wird man der Untersuchung der Nase eine gröfsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen. Der Nachweis einer Nasenläsion, deren Diagnose durch die histologische und bakteriologische Untersuchung sicher zu stellen ist, wird in jedem einzelnen Falle der erwähnten Affektionen eine lokale sachgemäfse Behandlung des Primäraffektes als Teilerscheinung des schon verbreiteten oder als Keim des erst entstehenden Übels zur Folge haben müssen.

IV. **Über Naftalan,** von E. Saalfeld-Berlin. Verfasser hat das Naftalan in 115 poliklinisch behandelten Fällen zur Anwendung gezogen. Von diesen entzogen sich 10 der Beobachtung, 6 vertrugen das Naftalan nicht. Das Gros der der Naftalanbehandlung unterworfenen Patienten bestand aus Ekzemkranken, und zwar waren es 58 Fälle. 40 litten an chronischem Ekzem, 5 dieser letzteren entzogen sich der Behandlung; von den restierenden wurden 24 geheilt, 8 gebessert; 2 vertrugen das Mittel nicht und 1 Fall blieb unbeeinflufst. — Von subakuten Ekzemen wurden 10 Fälle mit Naftalan behandelt, von denen 6 geheilt und 3 gebessert wurden, 1 das Mittel nicht vertrug. Erst in der letzten Zeit versuchte der Verfasser das Naftalan auch bei akutem Ekzem. Es wurden 8 Fälle damit behandelt, von diesen 5 geheilt; es handelte sich um ein nässendes und um ein impetiginöses Ekzem im Gesicht, ein Eccema madidans et crustosum capitis bei einem Knaben, ein papulöses, über den Körper verbreitetes Ekzem bei einem Erwachsenen und ein Eccema madidans scroti. Durch das Naftalan kamen ferner zur Abheilung 3 Fälle von Dermatitis arteficialis. — Was die Psoriasis vulgaris betrifft, so wurde das Mittel in 12 Fällen versucht, von denen einer sich der weiteren Beobachtung entzog. 7 Fälle wurden gebessert, 3 geheilt; in einem Falle wurde im Gesicht Heilung erzielt, während für den Körper energische Mittel notwendig wurden. — Verfasser hat den Eindruck gewonnen, dafs das Naftalan nicht geeignet ist, Chrysarobin, Pyrogallussäure oder Teer bei der Psoriasisbehandlung zu ersetzen oder zu verdrängen, dagegen sei es in leichteren Fällen wegen des Fehlens unangenehmer Nebenerscheinungen gut brauchbar. Nach der Ansicht des Verfassers liegt die Wirksamkeit des Naftalans bei der Psoriasis zwischen der der Pyrogallussäure und der weifsen Präcipitatsalbe. Das Naftalan darf besonders bei zarter Haut sowie für Psoriasis des Gesichts empfohlen werden. Zweckmäfsig kann das Mittel als interkurrente Salbe bei durch Chrysarobin, Pyrogallus oder Teer entstandener Dermatitis in Anwendung kommen. — Das Gesamturteil des Verfassers über das Naftalan auf Grund der bisher gesammelten Erfahrungen lautet: „Das Naftalan hat sich als ein wirksames Mittel erwiesen beim Ekzem in den verschiedensten Stadien, bei leichteren Fällen von Psoriasis vulgaris, besonders im Gesicht und bei reizbarer Haut, ferner bei den durch schärfere Mittel bei dieser Erkrankung hervorgerufenen Dermatitiden, bei leichteren Fällen von Herpes tonsurans, bei Prurigo; ein günstiger Einflufs war ferner zu verzeichnen bei Skyosis parasitaria und vulgaris, bei Lichen ruber, Dermatitis herpetiformis und — wenn auch nur in wenigen Fällen beobachtet — bei den im Gefolge von Blennorrhoe auftretenden, mit entzündlicher Schwellung verbundenen Komplikationen. Dazu kommt die günstige Beeinflussung einzelner Dermatosen, wie der Pityriasis rosea etc., über die jedoch aus Mangel an genügender Anzahl von Beobachtungen ein abschliefsendes Urteil nicht zu geben ist. Als besonderer Vorzug des Naftalans mufs schliefslich noch erwähnt werden, dafs es nur äufserst selten Reizerscheinungen auf der Haut hervorruft.“

V. **Die Verwendbarkeit des Hyrgol (Hydrargyrum colloidale) in der Syphilistherapie,** von F. E. Hopf-Dresden. In 22 Fällen ist das Lottermosersche Quecksilber zur Anwendung gekommen. 15 davon enfallen auf eigene Beobachtungen des Verfassers, 7 wurden ihm von Herrn Dr. Schlossmann zur Veröffentlichung überlassen. — Die Ergebnisse dieser Beobachtungen werden von dem Verfasser in folgenden Schlufssätzen rekapituliert: 1. Das Hyrgol besitzt keine besonderen Vorzüge, die in therapeutischer Hinsicht eine Bevorzugung vor dem alten unlöslichen Quecksilber rechtfertigen könnten. 2. Für die subcutane Einverleibung ist die wässerige Lösung des Hyrgol nur mit Vorsicht anzuwenden, erstens mit Rücksicht auf die noch nicht feststehende Valenz des Mittels, zweitens wegen der Schmerzen bei und nach dem Injizieren, drittens der Neigung halber, schwer resorbierbare Infiltrate zu bilden. Nähere Untersuchungen physiologisch-anatomischer Art sind noch erforderlich, um nachzuweisen, ob das ohne Eiweifszusatz dem Körper einverleibte Hyrgol im Gewebe in das unlösliche Merkur verwandelt wird, beziehentlich chemischer Art, um festzustellen, ob die Körpersäfte diese Umsetzung zu stande zu bringen vermögen. 3. Bei der Schmierkur sind niederprocentige Salben als die officinelle anzuwenden. Die Wertigkeit des Hyrgols scheint höher zu sein, als die des alten Quecksilbers. 4. Die Hyrgolpillenkur ist nach bisherigen Erfahrungen die geeignetste Art der Darreichung.

VI. **Über die durch Berührung der Primula obconica entstehende Hautentzündung,** von E. Wermann-Dresden. Verfasser hatte Gelegenheit, die durch die Primula obconica hervorgerufene Hautkrankheit in der Privatpraxis bei einigen Patientinnen zu sehen, welche die genannte Zierpflanze im Zimmer gepflegt hatten; sie erkrankten mit einer heftigen Hautentzündung der Hände und des Gesichts, ohne dafs die Ursache des Leidens festgestellt wurde, und setzten sich infolge dessen immer wieder derselben Schädlichkeit aus, so dafs sie wiederholte Anfälle des quälenden Leidens durchzumachen hatten. Das charakteristische Krankheitsbild beschreibt Verfasser nach einem Falle, welcher eine 52jährige Dame betraf. Dieselbe hatte früher stets eine ganz gesunde Haut gehabt, als sie eines Tages plötzlich mit einer heftigen Entzündung der Haut beider Hände und Vorderarme, mit Rötung und Schwellung und unerträglichem Jucken erkrankte. Kurze Zeit darauf schwoll auch das Gesicht an, so dafs die Patientin ganz entstellt aussah. Die Gesichtshaut war dunkelrot und aufserordentlich empfindlich, die Augen begannen zu thränen. Allmählich gingen die Erscheinungen zurück, die Haut wurde wieder nahezu normal, da erfolgte plötzlich ein neuer Ausbruch des Leidens. Die Anfälle repetierten sich mehrere Male. Als Verfasser die Dame sah, hatte sie eben eine neue Attacke gehabt. Die Haut beider Handrücken und Vorderarme war dunkel gerötet, polsterartig geschwollen und befand sich in einem aufserordentlichen Reizzustande; im Gesicht war die Umgebung des Mundes, der Nase und der Augen ebenfalls gerötet und stark ödematös geschwollen. Die Patientin hatte infolge des quälenden Juckens eine schlaflose Nacht gehabt. Die Kopfhaut zeigte eine leichte Seborrhoe. Verfasser nahm die Patientin auf seine Klinik, liefs sofort die ganze erkrankte Haut des Gesichts sowohl wie der Arme und Hände mit Zinkleim einpinseln. Schon nach wenigen Stunden hörten Jucken und Brennen auf und nach drei Tagen war die Haut fast normal. Da Verfasser die Ursache des Leidens erkannt hatte, so konnte er die Dame auf dieselbe aufmerksam machen. Thatsächlich blieben die Anfälle in der Folgezeit weg. — Die hautreizende Wirkung wird durch eine farblose Flüssigkeit hervorgebracht, die in kurzen an der Oberfläche der Primelblätter sitzenden Drüsenhaaren enthalten ist und bei Berührung der Pflanze austritt. Die Wirkung tritt erst nach längerer Zeit zum Vorschein, so dafs die eigentliche Ursache häufig den Patienten entgeht. Da nicht alle, die mit Primeln hantieren, auch die Dermatitis acquirieren, so gehört jedenfalls

eine besondere Disposition der Haut dazu, auf welche die Primula obconica ihre reizende Wirkung entfalten kann.

VII. **Zur Histologie der Klauenseuche (Dermatosis zoonotica)**, von Th. Mayer-Berlin. Die Übertragung der Klauenseuche auf den Menschen kann auf dreifachem Wege erfolgen: 1. durch die Milch seuchenkranker Tiere, welche nach Bollinger selbst verdünnt in hohem Grade infektiös ist; 2. durch Berühren kranker Tiere (beim Melken, Schlachten etc.); 3. durch Vermittelung von Zwischenträgern (rekonvalescente Tiere, Wärter, Hirten, die mit krankem Vieh beschäftigt sind, durch Geräte, Streu, Futter, Schlachtabfälle etc.). — Je nach der Art der Infektion, bei welcher ein mehr oder weniger abgeschwächtes Virus ein mehr oder minder empfängliches Individuum trifft, wechselt das Symptomenbild. Bei der Milchinfektion pflegt nach einem mehrtägigen Prodromalstadium, in welchem leichtes Fieber, Kopfschmerz, Trockenheit im Munde beobachtet werden, Bläschenbildung an Lippen, Mund, Gaumen und Rachen, sowie an den Händen in der Umgebung der Nägel aufzutreten. Nach mehreren Tagen verwandeln sich die Bläschen unter Epithelnekrose in flache Geschwüre, die nach weiteren 2—3 Wochen, nicht ohne den Kranken mannigfache Beschwerden verursacht zu haben, abheilen. In ähnlicher Weise verläuft der Prozefs bei der Infektion durch direkte Berührung kranker Tiere. In vereinzelten Fällen wurden von der Bläscheneruption das Gesicht, die Interdigitalflächen der Zehen, die Brustwarzen befallen. Ferner sind bei dem einen wie bei dem andern Infektionsmodus polymorphe Hautausschläge bald als rote Flecke an Brust und Armen, bald als hochrote leicht schuppende Maculae an den Unterextremitäten und dem Stamme, Petechien und leichte Purpuraflecke, Pemphigusblasen beobachtet worden. — Beim dritten Infektionsmodus ist das Krankheitsbild nicht so charakteristisch ausgeprägt, weil es sich hier um ein abgeschwächtes Virus handelt. Der Verfasser beschreibt einen Fall und teilt das Resultat der bakteriologischen wie histologischen Untersuchung mit. Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung war ein negatives. Nach den histologischen Befunden ist die Histogenese des Falles folgendermafsen zu deuten: „Die in Frage kommende Noxe hat zunächst eine intensive Hyperämie der oberflächlichen Cutisgefäfse, sodann eine beträchtliche rein seröse Exsudation aus denselben veranlafst. Von dieser sowie einer gleichzeitig erfolgenden Proliferation der fixen Bindegewebszellen wird zunächst die Papillargegend, danach auch die mittlere Cutis betroffen; in beiden kommt es zur beträchtlichen serösen Durchfeuchtung des Gewebes, welche alle Lymphspalten auseinander drängt, das elastische und teilweise auch das kollagene Gewebe rarefiziert und die Papillen gegen die Epidermis emporzuwölben bestrebt ist. Endlich hat auch die Epidermis, welche dem zuerst von ihr aufgenommenen Infektionsstoff gegenüber sich eine Zeit lang passiv verhalten, an dem allgemeinen Prozefs teilgenommen. Ihr Stratum spinosum beginnt mächtig zu wuchern, indem es überall starke Epithelsprossen gegen das Corium versendet, welche, weil selbst ödematös, von dem noch stärker serös durchtränkten, üppig emporquellenden Cutisgewebe verschiedentlich geformt werden. Zu dieser formativen Abweichung aber tritt unter dem Einflufs der veränderten Ernährungszufuhr ein abweichendes biologisches Verhalten auch der einzelnen Epidermiszellschichten, welches mit dem Zeichen beginnender fibrinoider Kolliquation einsetzt (periphere Partien), um nach erfolgter Restitution (centrale Partien) ein der Parakeratose gleichendes Bild zu liefern."

VIII. **Über chromographische Projektion**, von O. Lassar-Berlin. (Vortrag, gehalten in der Berliner medizinischen Gesellschaft. Sitzung vom 2. November 1898. Referat folgt an anderer Stelle.)

IX. **Primäraffekt an der hinteren Rachenwand**, von H. Rosenthal-Rixdorf. Am 15. April 1898 wurde dem Verfasser ein sechs Wochen alter Knabe mit makulo-

papulo-pustulösen Syphiliden, Milz- und Lebertumor und Coryza vorgestellt. Eine 14jährige Schwester des Kindes, welche sich mit der Pflege desselben befafste, zeigte an der hinteren Rachenwand, links von der Mittellinie, einen etwa pfenniggrofsen Epitheldefekt, der sich durch haarscharfe Abgrenzung und intensive Rötung von der Umgebung abhob. Drüsenschwellung war zur Zeit nicht vorhanden. Beschwerden hatte das Mädchen bisher nicht gehabt. Verfasser erklärte der Mutter, dafs ihre Tochter mit Syphilis behaftet sei. Erst sieben Wochen später stellte sich die Patientin wieder vor. Inzwischen waren die rechtsseitigen vorderen und hinteren Cervikaldrüsèn angeschwollen. Der Primäraffekt war vollständig abgeheilt. Die rechte Tonsille war von einer grofsen Ulceration eingenommen, die rechte Seite des Halses bretthart infiltriert. Aufserdem sind spärliche, kleinfleckige Roseolen zu sehen. — Unter einer Schmierkur gingen sämtliche Erscheinungen zurück. Die Infektion dürfte dadurch entstanden sein, dafs das Mädchen den Saugpfropfen der mit Milch gefüllten Flasche des Kindes in ihren Mund gesteckt hat, um die Temperatur der Milch zu prüfen. Von Interesse ist auch die Übertragung von einem hereditär-syphilitischen Kinde.

C. Berliner-Aachen.

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band III, Heft 11.

Über die Behandlung der Prostatahypertrophie, von H. Lohnstein. Die Einfachheit der Operation, das kurze Krankenlager, die Anwendbarkeit bei allen Arten der Prostatahypertrophie nimmt für die Bottinische Operation ein. Nur da, wo die Einführung der Instrumente Schwierigkeit macht, wäre eventuell die Vasektomie oder Kastration vorauszuschicken; diese Fälle sind aber äufserst selten. Nicht so gefahrlos, wie vielfach behauptet wird, ist der Wundverlauf; besonders wo schon Pyelitis oder Pyelonephritis besteht, mufs man sehr vorsichtig sein. — Das Arbeiten im Dunkeln hat keine Bedenken, die Verwendung des Nitzeschen Operationscystoskops ist eher schädlich als nützlich, da es unpassend geformt und zu dick ist. — Die Gefahr eines Recidivs ist eine sehr geringe; ungenügende Durchtrennung, mangelnde Kontraktionsfähigkeit können dieselbe bedingen. — Wenig zu fürchten sind Blutungen; man mufs nur die Venenplexus im Vorderlappen und zu tiefes Kauterisieren der Pars posterior urethrae vermeiden. Verletzung der letzteren bedingt auch das beobachtete Harnträufeln, das übrigens bald spontan verschwindet. — Das Instrumentarium war verbesserungsbedürftig, Verfasser hat dasselbe verändern lassen; die Veränderung erstreckt sich besonders auf den Mechanismus zur Bewegung des Incisors. — Vor der Operation bedarf es einer mehrmaligen Untersuchung, um ein Bild von der Schwellung zu gewinnen. Der Kranke mufs abführen, Darm und Blase werden ausgespült, letztere mit 3% Borwasser. Lokale Anästhesie durch Einträufeln von 5—10 ccm einer 1% Kokainlösung. Kein Dauerkatheter; Bettruhe gewöhnlich nur 12 Stunden nötig. — Dem Urethralfieber beugt Chinin, 0,5 einmal vor der Operation und dreimal täglich nach derselben, am besten vor. Auch Urotropin und Salol sind brauchbar. — Verfasser hat die Operation bei 12 Personen 18mal ausgeführt, bei 9 je 1mal, bei 3 je 2mal, bei 1 3mal. Nur kräftige Personen eignen sich für das Verfahren. Die Resultate sind da am besten, wo vorher komplette Harnretention bestanden, was auch Freudenberg und v. Frisch behaupten. Der Erfolg hängt vielfach von der Funktionsfähigkeit der Blase ab.

Von den 12 Patienten hatten 7 inkomplette Harnretention; bei 4 trat ein dauernder funktioneller Erfolg ein. In 2 Fällen verminderte sich die Zahl der täg-

lichen Harnentleerungen und die Menge des Residualharnes erheblich; das Allgemeinbefinden besserte sich; in 2 Fällen war Besserung vorhanden, aber keine genügende. In den 3 übrigen Fällen war der Erfolg weniger befriedigend. — Von 5 Patienten mit kompletter Harnretention wurde bei 4 die Blasenfunktion wiederhergestellt; einmal trat Exitus letalis bei einem dekrepiden Greise ein, der trotz des Verfassers Widerspruch von anderer Seite operiert wurde. — Im ganzen werden Kastration und Vasektomie da besonders indiziert sein, wo das Hindernis durch Kongestion bedingt ist; wo dasselbe rein mechanischer Natur, wo eine Dekongestion nicht zu erwarten ist, da wird die Bottini'sche Operation am Platze sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1898.

Allgemeine exfoliative Dermatitis (Pityriasis rubra), von Walter G. Smith. Der Vortragende hat sich hinsichtlich des in Rede stehenden Themas folgende Fragen zur Beantwortung vorgelegt: 1. Welche krankhaften Zustände kann man unter dem Namen der „allgemeinen exfoliativen Dermatitis“ (Pityriasis rubra) zusammenfassen? 2. Soll die Bezeichnung lediglich aus Bequemlichkeitsgründen beibehalten werden oder ist sie der Name für eine ganz gesonderte Krankheit? 3. Was wissen wir über ihre Ätiologie und Pathologie? 4. Giebt es besondere Indikationen für die Behandlung? Ist Arsenik nützlich oder nachteilig?

Betrachtet man die Geschichte dieser Affektion, seitdem Devergie vor mehr als 40 Jahren sie als besondere Krankheit aufgestellt hat, so kann man drei Phasen unterscheiden: a) Die erste, oder die Periode Devergie-Hebra, wo die Affektion als eine eigentümliche, primäre Hauterkrankung beschrieben wurde; b) die zweite, oder die Periode Baxter, wo Buchanan Baxter im *Brit. med. Journ.* 1879 unsere Kenntnisse über die Krankheit zusammenfaſste und den Standpunkt der Frage genau klar legte. Er zeigte, daſs die exfoliative Dermatitis sowohl primär als auch sekundär auftreten kann und wies ihre Verwandtschaft mit einigen anderen Hautaffektionen nach. c) Wir befinden uns jetzt im dritten Stadium, in welchem wir all unser Wissen über die Krankheit einer Revision unterziehen. In der Sucht, der Dermatitis exfoliativa ähnliche Zustände genau zu bezeichnen und zu klassifizieren, sind zahllose Synonyma entstanden, welche weniger Klarheit aber desto mehr Verwirrung in die Frage gebracht haben. — Nach den Beschreibungen der verschiedenen Beobachter sind die hauptsächlichsten Merkmale der Dermatitis exfoliativa folgende: 1. Die Neigung rapide universell zu werden. 2. Intensive lebhafte Röte mit nur geringer Infiltration und Verdickung. 3. Freie Desquamation von Schuppen ohne Krustenbildung. 4. Häufig fortschreitende Verschlechterung des Allgemeinbefindens, die schlieſslich zum Tode führen kann. 5. Neigung zu Rückfällen. 6. Widerstandsfähigkeit gegen die Behandlung. — Neben diesen wesentlichsten charakteristischen Merkmalen, welche jedoch vielfach Abweichungen aufweisen können, finden sich in der Litteratur zahlreiche im Zusammenhang mit der Krankheit beschriebene Erscheinungen vor, so intensives Jucken, Gelenkschmerzen etc. — Man braucht nicht so weit zu gehen wie Schwimmer, welcher die Bezeichnung „exfoliative Dermatitis“ als eine „Verlegenheitsdiagnose“ ansah. Eine ganz bestimmte Grenze zwischen einem akuten, universellen Ekzem — und vielleicht auch einer Psoriasis — und einer Dermatitis exfoliativa läſst sich bis jetzt nicht ziehen. — Der Vortragende schlieſst mit dem Berichte über zwei von ihm behandelte Fälle.

Diskussion. J. F. Payne erinnert an den auf dem III. internationalen Dermatologen-Kongresse von C. Fox demonstrierten Fall von Dermatitis herpetiformis.

Derselbe Patient sei vorher von ihm behandelt worden und hätte damals die typischen Symptome einer allgemeinen exfoliativen Dermatitis gezeigt.

Galloway ist geneigt, die Bezeichnung „allgemeine exfoliative Dermatitis“ als einen bequemen Namen für eine Anzahl von Krankheiten anzusehen, die sich zwar in vielen Punkten ähnlich sind, jedoch hinsichtlich der Ätiologie weit auseinandergehen. Er schlage der Bequemlichkeit halber folgende Klassifikation vor: 1. Kongenitale Fälle: a) primäre, bei denen die Exfoliation ohne sichtbare primäre Läsionen sofort einsetzt; b) sekundäre, wo sie im Anschlufs an irgend eine andere kongenitale Krankheit auftritt. 2. Sekundäre Fälle: Dieselben entstehen im Gefolge gewisser chronischer Hauterkrankungen. 3. Primäre Fälle vom Hebraschen Typus.

C. Fox sucht bei allen Fällen, die in seine Behandlung kommen, nach irgend einer wohlbekannten persistierenden Hautkrankheit, wie Psoriasis, Lichen ruber planus, Pityriasis rubra pilaris, Ekzem etc. Er gehe dabei von der Idee aus, dafs eine allgemeine Toxämie von relativ gutartigem Charakter in solchen Fällen auftrete, welche bisweilen zu Arthropathien führe, in anderen, vulnerablen Fällen jedoch eine universelle Ausbreitung des Ausschlages zur Folge habe. Die unter der Einwirkung eines Arzneigiftes zuweilen entstehende allgemeine exfoliative Dermatitis sei geeignet, diesen Gedanken zu stützen. Neulich habe ein junger, an Psoriasis leidender Mann eine Chrysarobinsalbe in seine Haut eingerieben. Er wurde danach sehr krank, anämisch, fieberte, magerte ab und die ganze Körperhaut wurde erythematös gerötet und schuppte sich in grofsen Lamellen ab, sodafs die früher von der Psoriasis nicht befallenen und die psoriatischen Stellen gar nicht voneinander zu unterscheiden waren. Das Chrysarobin wurde ausgesetzt und in einigen Wochen war der Patient vollständig auch von der Psoriasis geheilt.

R. Crocker möchte die alte Bezeichnung Pityriasis rubra beibehalten sehen, selbst wenn neue Namen theoretisch die Krankheit mehr präzisieren. Die Pityriasis rubra biete einen gut gekennzeichneten Symptomenkomplex dar, der sich primär oder auch sekundär entwickeln kann. Was die Behandlung betreffe, so verordne er nicht Arsenik, sondern halte den Patienten im Bette, der Ruhe und der gleichmäfsigen Temperatur wegen, die Haut lasse er beständig mit Öl oder mit Lassarscher Paste einfetten.

Stephen Mackenzie hat sehr gute Resultate von wässerigen Applikationen gesehen und namentlich Applikationen von folgender Lösung: Liquor. plumbi subacetici, Glycerini ⁂ 30,0, Aq. dest. ad 600,0. Der Patient wird in ein mit dieser Flüssigkeit getränktes Flanelltuch von Kopf bis Fufs eingehüllt, das Gesicht mit einer ebenfalls getränkten Maske bedeckt. Es gelingt auf diese Weise leicht, die Desquamation zu beseitigen und die Hyperämie zu mildern. Man fährt mit den Applikationen fort, bis die Röte verschwunden ist, sodann werden vorsichtig Fetteinreibungen gebraucht; sobald jedoch die Hyperämie wiederkehrt, müssen die Glycerin-Bleiwasser-Applikationen erneuert werden. Hierbei mufs die Vorsicht beobachtet werden, dafs der Patient sich nicht erkältet. Er ist also in Tücher einzuhüllen und wenn möglich im Bette zu halten.

Pringle teilt seine Beobachtungen mit, die er an 14 Fällen gemacht hat. Einige Symptome, die er in diesen Fällen wahrgenommen habe, deuteten darauf hin, dafs wahrscheinlich Veränderungen im Centralnervensystem vielleicht toxämischen Ursprunges vorhanden seien, welche für das Entstehen der universellen, exfoliativen Dermatitis mit verantwortlich zu machen sind: 1. Die häufige Nervosität der befallenen Personen. 2. Die Rapidität, mit der die Krankheit sich verbreitet. 3. Das intensive Jucken, Schlaflosigkeit etc. 4. Die Empfindlichkeit gegen jeden Temperaturwechsel. 5. Die bemerkenswerten Veränderungen in den Hautanhängen, in Haaren und Nägeln.

An der sehr regen Diskussion beteiligen sich noch die Doktoren LESLIE ROBERTS, WHITFIELD, EVANS, LIDDELL, GEORGE PERNET, MACKEY und MALCOLM MORRIS.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898. Heft 10—11.

Über die Dermatitis polymorpha dolorosa, von L. BROCQ. Die vorliegende Abhandlung ist eine Streitschrift im guten Sinne des Wortes. BROCQ greift zur Feder, um gelegentlich einer Erörterung in der Londoner Dermatologischen Gesellschaft über die Dermatitis herpetiformis seinen abweichenden Standpunkt in dieser Frage zu betonen und zu verteidigen. In London war betont worden, das hervorstechendste Merkmal der Dermatitis herpetiformis sei die Herpetiformität der Ausschlagselemente, eine Ansicht, der man auch in Deutschland und Amerika zuzuneigen scheint. B. bekämpft diese Ansicht (S. 946 ff.) auf Grund der reichen ihm zukommenden Erfahrung, wie er überhaupt mit guten Gründen die Bezeichnung Dermatitis herpetiformis verwirft und dafür den Ausdruck Dermatitis polymorpha dolorosa angewandt wissen will (S. 953). Den Lesern der Monatshefte dürfte gerade dieser Teil seiner Auffassung nicht unbekannt sein. — Ferner bemängelt B., daſs die Engländer bemüht gewesen sind, einem der Ihrigen, nämlich TILBURY FOX, das Verdienst zu wahren, als erster die Gruppe der Dermatitis herpetiformis aufgestellt zu haben. In Wirklichkeit komme BAZIN dieses Verdienst zu, unter der Bezeichnung von Hydroa bullosa und Pemphigus arthriticus zuerst die durch DUHRING berühmt gewordene Form beschrieben zu haben (S. 858). Auch in seiner Auffassung der Krankheitsgruppen, die zur Dermatitis herpetiformis zu rechnen sind, weicht er von den englischen und amerikanischen Autoren ab, indem er den Rahmen der Krankheit viel weiter absteckt. Des weitern giebt er seine schon aus früheren Referaten bekannte Klassifikation der Dermatitis herpetiformis, die aus vier Hauptgruppen besteht, von denen die beiden ersten wieder in zahlreiche Unterarten auseinanderfallen. Den Schluſs bildet eine nochmalige lebhafte und geistreiche Verteidigung seines Standpunktes.

Zur Histopathologie der Psoriasis, von W. J. MUNRO. M. hat anscheinend ganz unversehrte Haut aus der Nachbarschaft von Psoriasisplaques untersucht und ist dabei zu einer völlig anderen Auffassung des histo-pathologischen Vorgangs gekommen. Seine Arbeit war eine mühsame, denn er hat 1500 Präparate, die von sechs verschiedenen Kranken stammten, durchmustert und immer denselben Befund vor Augen gehabt. Zuerst bildet sich an der Oberfläche der Epidermis eine ganz kleine Erosion, in der sich nach und nach eine gröſsere Anzahl von Leukocyten ansammelt. Die Leukocyten gelangen quer durch die Epidermis an ihren Bestimmungsort. Das erste Stadium der Psoriasis spielt sich also nicht irgendwo an einem inneren Teile der Haut, sondern unmittelbar an ihrer Oberfläche ab. Im Anschluſs an diesen primären Vorgang hypertrophiert nun die Hornschicht und drängt den kleinen mikroskopischen Absceſs nach auſsen, wobei die Leukocyten absterben, ihr Protoplasma verschwindet und nur eine Schicht abgeplatteter Kerne zurückbleibt. Indem sich ferner derselbe Vorgang an denselben Punkten immer wiederholt, bilden sich untereinander 8—10 solcher Kernschichten, die nur durch dazwischen liegende Hornlamellen voneinander getrennt sind; beide zusammen aber bilden die Bestandteile einer Psoriasisschuppe. Das Primäre bei der Psoriasis ist demnach die Bildung kleiner miliarer Abscesse; die Epidermis reagiert darauf mit Hyperkeratose. Einen Bacillus, dem sich die ganze Schuld an der Störung aufbürden lieſse, konnte M. trotz sorgfältigster Untersuchung nicht auftreiben. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 11.

1. **Physiologie und Ausübung der Chirurgie der Harnwege,** von Guyon. Der Aufsatz giebt den Vortrag wieder, mit dem der berühmte Urologe die letzte jährliche Klinik der Krankheiten der Harnwege eröffnete. Guyon weist seine Hörer in eindringlicher Weise darauf hin, dafs die Kenntnis der normalen und pathologischen Physiologie unerläfslich ist: denn auf diese mufs sich das ganze ärztliche Thun und Lassen stützen. — Aus dem grofsen Gebiete der Krankheiten der Harnwege greift nun der Verfasser einzelne Punkte heraus, um an ihnen die Bedeutung der Physiologie und der aus ihr gewonnenen Erfahrungen für die chirurgische Behandlung zu zeigen. So werden besprochen die bei verschiedenen Individuen verschieden grofse Reizbarkeit des Spincter membranosus der Urethra und die Steigerung dieser Reizbarkeit auf reflektorischem Wege von der Blase her; die Kenntnis dieser reflektorisch gesteigerten Reizbarkeit lehrt uns, den Katheter bei kontrahiertem Sphinkter nie gewaltsam einzuführen, sondern den Ablauf der Reizung abzuwarten. — Bei der Reizung der Prostatahypertrophie wird auf die Bedeutung der Kongestionszustände für die Entstehung der Retention und demzufolge auf die Wichtigkeit regelmäfsiger Blasenentleerung hingewiesen. — Bei der chirurgischen Behandlung der Blasenkrankheiten ist die genaue Kenntnis der Kontraktilität bezw. Sensibilität der Blase gegenüber Berührungen und Spannungszuständen von gröfster Wichtigkeit; auf Grund dieser Kenntnisse ist es möglich, bei Manipulationen und Operationen an der Blase durch entsprechende Mafsnahmen Kontraktionen zu vermeiden. — In gleicher Weise abhängig von der Physiologie ist die Behandlung der Nierenkrankheiten. Insbesondere erklärt die normale und pathologische Physiologie die Wirkungen, welche Manipulationen an der Blase, der Urethra auf bestehende Nierenkrankheiten haben. Die Kenntnis der normalen und pathologischen Nierensekretion endlich lehrt, welche Operation in einem gegebenen Fall angebracht ist. — Aber nicht nur, welche Eingriffe vorzunehmen sind, lehrt die Physiologie; sie zeigt uns auch, wie jeder Eingriff vorzunehmen ist; sie erklärt uns alles, was wir bei einer Operation sehen und fühlen, und macht es uns möglich, dem Patienten viel Schmerz zu ersparen.

2. **Schmerzhafte Varicocele als Symptom von Nierengummata bei einem Hereditär-Syphilitischen,** von Legrain. Der Verfasser beobachtete bei einem 13-jährigen Knaben, der schon seit Monaten Schmerzen in der linken Lumbalgegend hatte, eine sehr grofse und schmerzhafte linksseitige Varicocele; gleichzeitig wurde Vergröfserung der unteren Hälfte der nach unten verlagerten linken Niere und am konvexen Rand derselben zwei höckerige Tumoren von der Gröfse einer kleinen Nufs konstatiert. Im Urin etwas Eiweifs, keine Cylinder. Die Diagnose lautete: Hereditäre Syphilis; Perinephritis; Varicocele infolge von Gummata der Niere. Verabreichung von Jodkalium und Sublimat brachte die Gummata innerhalb 14 Tage zum Verschwinden, die Varicocele blieb in unveränderter Gröfse; nur die Schmerzen an derselben hörten auf, wahrscheinlich weil die Kompression der Nerven und Venen beseitigt war. *Götz-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1898. Heft 4.

Über die syphilitischen Gummata und ihre Abhängigkeit von Gefäfsveränderungen, von L. Philippson. Diese Veränderungen sind zweierlei Art: Erstens erzeugt das syphilitische Virus in einem begrenzten Venennetze eine Endophlebitis, die bis zum vollständigen Verschlusse der betroffenen Venen führen kann;

zweitens entsteht sekundär eine Veränderung des die entzündeten Venen umgrenzenden Gewebes in Gestalt eines Granuloms. Verfasser hat nun zuerst nachgewiesen, daſs an der Bildung dieses Granuloms zu einem groſsen Teile die Fettzellen teilnehmen. Auf diese progressiven Ernährungsstörungen in den Geweben folgen sodann regressive in Gestalt einer Koagulationsnekrose, welche ihrerseits direkt unter dem Einflusse des syphilitischen Virus steht und wahrscheinlich nicht von Cirkulationsstörungen abhängt. Mit der Koagulationsnekrose hat auch das Terminalstadinm des Gummas begonnen.

C. Müller-Genf.

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

Oktober 1898.

Über Transplantationsversuche von Lepra auf das Gehirn einiger Tiere, von Scanga. Sämtliche zu den Experimenten verwendeten Tauben, denen Lepramaterial auf die Groſshirnrinde (unter der Dura mater) transplantiert wurde, vertrugen die Operation vorzüglich, ohne die geringsten Reizersechinungen zu zeigen.

Wirkung des Leprabacillus auf die Spinalganglien der Meerschweinchen und ihre Beziehung zur reizenden Wirkung chemischer Stoffe auf diese Ganglien, von Riatti. Einer Reihe von Meerschweinchen wurde in die Glutaealgegend der einen Seite Lepramaterial injiziert und auf der entsprechenden anderen eine Lösung von Argentum nitricum. Sodann wurden die betreffenden Nerven- und die zugehörenden Spinalganglien mikroskopisch untersucht. Es wurden hierbei Reizerscheinungen nur auf der Seite konstatiert, wo das Causticum eingewirkt hatte, und zwar in dem periganglionären Gewebe. Die Veränderungen fehlten auf der anderen Seite.

C. Müller-Genf.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Dezember 1898.

I. **Ätiologie und Pathologie der Tuberkulose der Blase,** von W. M. L. Coplin-Philadelphia. Der Verfasser hat seinen sehr eingehenden Betrachtungen über die Blasentuberkulose einen zur Sektion gelangten Fall zu Grunde gelegt, der einen 23jährigen Schneider betraf. Der Patient war an einer Pneumonie gestorben, nachdem er zuvor längere Zeit hindurch an Blasenbeschwerden gelitten hatte, die angeblich von Blasensteinen hergerührt haben sollten. Da er messerscheu war, so hatte er nie deswegen einen Arzt konsultiert und erst wenige Tage vor seinem Tode ärztliche Hülfe in Anspruch genommen. — Die Sektion ergab unter anderem miliare Tuberkulose beider Lungen. Die Blase ist kontrahiert, deren äuſsere Fläche scheinbar normal; beim Eröffnen flieſst etwas eiterhaltige Flüssigkeit heraus. Genau über der Mündung der Ureteren befindet sich ein rundes, von erhabenen und verdickten Rändern umgebenes Geschwür, das einen Durchmesser von 7 cm hatte. Der Grund des Geschwürs war uneben, unregelmäſsig und bedeckt mit schmutziger, gelblicher, schlapper Materie, die leicht abgekratzt werden konnte. Die Ureterenmündung selbst ist scheinbar normal. Um das Geschwür sieht man viele gelbliche Tuberkel, ebenso zahlreiche auch in der Mucosa. Beide Geschwüre sind von einer geröteten Zone umgeben, in deren Nähe sich viele, reich verzweigte Blutgefäſse befinden. — Der Verfasser bespricht ausführlich zunächst die normale Struktur der Blase, zeigt, unter welchen Umständen es zu einer tuberkulösen Infektion kommen kann. Eine sehr eingehende Erörterung erfahren die Histopathologie und die krankhaften Erscheinungen der Blase.

II. **Symptome und Behandlung der Blasentuberkulose**, von O. Horwitz-Philadelphia. Die Tuberkulose der Blase kann jedes Lebensalter treffen. Die Mehrzahl der Patienten jedoch steht im Alter zwischen 15—30 Jahren. Gewöhnlich fängt die Krankheit mit Erscheinungen an, die an Blasensteine erinnern. Eines der ersten Anzeichen der primären Blasentuberkulose ist häufiges Urinieren. Später treten Schmerzen ein, die mit dem Fortschreiten des Prozesses an Intensität zunehmen. Bei Männern wird der Schmerz gewöhnlich in der Mitte des Penis gefühlt, im Gegensatze zu Blasensteinen, wo der Schmerz am Orificium externum empfunden wird. Sobald die Blase mehr und mehr in Mitleidenschaft gezogen ist, wird häufig die ganze Regio hypogastrica schmerzhaft. Hämaturie ist oft ein Prodromalsymptom der Blasentuberkulose, tritt nur in Intervallen und anfangs in geringem Grade auf. Profuse Hämorrhagien deuten bereits auf eine Ulceration der Blase hin. Der Urin weicht im Beginn nur wenig von der Norm ab, höchstens dafs von Zeit zu Zeit etwas Blut in ihm gefunden wird. Er reagiert sauer, so lange nur die Blasenschleimhaut allein entzündet ist; sobald jedoch die Entzündung auch das interstitielle Gewebe ergreift, was bei Ulcerationen der Blase zu geschehen pflegt, so wird der Urin ammoniakalisch und enthält eine beträchtliche Menge eines zähen, gelatinösen Eiters. Eiweifs im Urin wird mehr oder weniger von der Eitermenge und davon abhängig sein, in wie weit die Nieren bei der Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen sind. Tuberkelbacillen sind bei der tuberkulösen Cystitis nicht immer, wegen der Schwierigkeiten, sie zu färben, nachweisbar. Phosphaturie, Polyurie begleiten häufig die tuberkulöse Cystitis. Sehr wertvoll für die Diagnose, wie auch für die Frage, inwieweit Komplikationen von Seiten der Ureteren und Nieren bestehen, ist das Cystoskop. — Die Prognose ist immer eine ernste, weil die Behandlung sich meistens als erfolglos erweist. Abgesehen von diätetischen und hygienischen Mafsnahmen hat Verfasser mit Guajakol und Kreosot relativ günstige Resultate erzielt. Von Antisepticis, welche innerlich gegen die eiterige Cystitis in Betracht kommen, erwähnt Verfasser als besonders wertvoll das Salol. Doch soll dieses wie ähnliche andere nicht verordnet werden, sobald irgendwelche Komplikationen seitens der Nieren vorhanden sind. Mit der lokalen Behandlung der Blase soll man bei der tuberkulösen Cystitis sehr vorsichtig sein.

III. **Drei Fälle von Urticaria pigmentosa**, von H. W. Stelwagon-Philadelphia. Der Verfasser beschreibt drei Fälle, bei denen die Affektion schon in der frühesten Jugend zunächst mit einfachen Urticariaquaddeln begann. Viele derselben verschwanden, während andere ein schwach hämorrhagisches Aussehen annahmen und die Tendenz zu mehr oder weniger persistierender Zellinfiltration zeigten. Hals und Stamm waren die am stärksten befallenen Körperteile. In einem der Fälle schienen die Quaddeln in Bläschen überzugehen. Verfasser hat auf Grund dieser drei Fälle den Eindruck gewonnen, dafs die Krankheit in ihren Anfängen wesentlich eine einfache Urticaria sei, und dafs die nachfolgenden Eigentümlichkeiten auf sekundäre Veränderungen in den einzelnen Efflorescenzen zurückzuführen seien. Eine mikroskopische Untersuchung ist in keinem der drei Fälle vorgenommen worden.

IV. **Totale Exstirpation der Prostata und Resektion der Blase wegen bösartiger Erkrankung derselben**, von E. Fuller-New York. Der Fall betraf einen 69jährigen Mann, der über intensiven Harndrang klagte. Die Untersuchung per Rectum ergab bedeutende Vergröfserung der Prostata. Dieselbe war fest, glatt und zeigte beim Betasten alle Merkmale der senilen Hypertrophie. Verfasser nahm unter Beobachtung aller Vorsichtsmafsregeln die obenerwähnte Operation vor. Der Erfolg war ein ausgezeichneter. Nach Verlauf von vier Wochen konnte der Patient, befreit von allen Harnbeschwerden, aus dem Hospital entlassen werden. Es trat

vollständige Heilung ein, die auch in der Folgezeit angehalten hat. Die von Dr. BROOKS vorgenommene histologische Untersuchung des exstirpierten Gewebes ergab folgenden Befund: Das von der Prostata entfernte Gewebe bestand hauptsächlich aus sarkomatösen Elementen des großsen, runden Spindelzellentypus. Die Diagnose lautete auf sarkoma-carcinomatösen Tumor der Prostata. — Verfasser beschreibt noch einen zweiten, ebenfalls erfolgreich operierten Fall von malignem Tumor der Prostata.

C. Berliner-Aachen.

Bücherbesprechungen.

Das Becken, topographisch-anatomisch dargestellt mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie und Gynäkologie, von W. WALDEYER. Mit 153 Abbildungen. (Bonn, 1899. F. Cohen.) Dieses in der deutschen Litteratur einzig dastehende Werk über die topographische Anatomie des Beckens ist berufen, ein unentbehrliches Buch für jeden zu werden, der sich mit den äufserst verwickelten topographischen Verhältnissen der inneren und äufseren Beckenorgane (Genitalia selbstverständlich mit einbegriffen) näher zu beschäftigen hat. Es wendet sich in erster Linie an den Chirurgen und Gynäkologen, aber auch für den Andrologen und Dermatologen enthält es eine Fülle von Daten, die man in anderen spezialistischen Werken vergeblich suchen wird. Der Verfasser hat sein Material in freigebigster Weise bearbeitet, indem er neben den rein anatomisch-chirurgischen Kapiteln auch anthropologisch-ethnographische, physiologische, pathologische, entwickelungsgeschichtliche und histologische Momente in reichstem Mafse für den Ausbau des Ganzen verwertet hat. Man kann sagen, dafs keine einzige wesentliche Thatsache aus dem Gebiete der Pathologie in diesem Kapitalwerk unerwähnt geblieben ist. Dadurch erlangt das Buch die Bedeutung einer Encyklopädie für alle Fragen, die mit den Beckenorganen im Zusammenhang stehen, und mufs daher auch dem Dermatologen bezw. Andrologen ein willkommenes Nachschlagebuch werden. Die klare Übersichtlichkeit, scharfe Gliederung, tadellose Darstellung des Stoffes ist besonders hervorzuheben. Die Fülle der aufs genaueste citierten litterarischen Quellen erhöht den Wert des Werkes für Spezialstudien. Die herrlichen, zum gröfsten Teil originellen, meist farbigen Abbildungen sind von wunderbarer Plastizität. Der Index ist sehr sorgfältig ausgearbeitet, was bei einem derartigen Werke sehr ins Gewicht fällt. Für die Dermatologen und Uro- bezw. Andrologen haben neben den über allgemeine Verhältnisse handelnden Abschnitten folgende Kapitel besonderes Interesse: 1. Über die Weichgebilde der Beckenwand (Aufsenhaut, Hautgefäfse und Nerven, Behaarung, Pathologie der Beckenhaut); 2. über die Beckenwandungen nach den einzelnen Gegenden (Kreuzbein, Gesäfs, Hüfte, Leiste, Damm, Urogenital- und Anal- sowie Schofsgegend); 3. über Rectum und Anus und 4. über Harn- und Geschlechtsorgane bei beiden Geschlechtern. Das uropoetische System und die Geschlechtsorgane sind sehr eingehend behandelt. Alles in allem kann das Werk WALDEYERS als ein klassisches bezeichnet werden, das die Bibliothek eines jeden Spezialisten wesentlich bereichern wird.

Sack-Heidelberg.

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. VON BAUMGARTEN und F. TANGL. XII. Jahrgang. 1896. (Braunschweig, 1898.

Harald Bruhn.) Dem rapiden Wachstum der bakteriologischen Litteratur entspricht auch die stete Dickenzunahme der BAUMGARTENschen Jahresberichte. Ein sehr stattlicher, 896 Seiten umfassender Band giebt den Inhalt der entsprechenden Litteratur des Jahres 1896 wieder, eine Frucht fleifsiger Arbeit der Herausgeber und ihres fast unverändert gebliebenen Mitarbeiterstabes. Ein besonderes, freundliches Geleitwort braucht man dem Werke nicht zu geben, es führt sich selbst ein und wird gleich seinen Vorgängern ein treuer Ratgeber medizinischer Forscher werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Carate in Columbien, von MONTOYA Y FLOREZ. (Paris, 1898. Jouve & Boyen.) Ausführliche Monographie einer eigentümlichen, Carate genannten Dermatose die wahrscheinlich von schwarzen Sklaven aus Afrika nach Amerika eingeschleppt, in sumpfigen und feuchten Gegenden mit einer Mitteltemperatur von 18—30° C. endemisch, in Columbien sehr häufig ist. Die Affektion ist charakterisiert durch das Auftreten verschieden gefärbter Flecken auf der Haut. Die verschiedenen Farbenvarietäten sind nach ihrer Frequenz folgende: 1. Violetter Carate mit den Nuancen rötlich, bläulich, grau, braun; 2. veilchenblau-schwarz und schwarz-grau; 3. rot; 4. blau mit der Nuance blau-grün; 5. gelb; 6. schwarz; 7. weifs. Gewöhnlich finden sich an einem Kranken nur Flecken von einer Farbe, manchmal aber finden sich auch verschiedene Farbenvarietäten an einem und demselben Individuum. Die Krankheit beginnt ohne jede Störung des Allgemeinfindens. Der Verlauf ist enorm chronisch, gewöhnlich besteht die Krankheit, so lange der Träger lebt. Die Flecken haben ganz unregelmäfsige Form, die ersten Flecken treten gewöhnlich an den unbedeckten Teilen des Körpers auf. Die ersten vier der genannten Farbenvarietäten sind mit Schuppenbildung, starkem Pruritus und Hyperkeratose verbunden; bei den letzten drei Varietäten stellen die farbigen Flecken das einzige Sympton dar, es handelt sich also bei diesen mehr um eine Pigmentanomalie (parasitäre Leukodermie) als um eine Krankheit.

Der Carate gehört nach den Untersuchungen des Verfassers zu den Dermatomykosen und zwar wird er hervorgerufen durch Aspergillen verschiedener Art, die bei der mikroskopischen Untersuchung der Epidermisschuppen stets mit Leichtigkeit gefunden werden. Jede Farbenvarietät wird durch eine besondere Aspergillusart, die eine der Farbe der Flecken entsprechende Farbe hat, hervorgerufen. Die Sporen dieser Pilze werden durch Mosquitos und Wanzen den Menschen eingeimpft. Direkt ansteckend ist die Krankheit — entgegen der allgemeinen Ansicht — nicht. Keine Rasse ist immun gegen Carate; jedoch sind die Europäer, sowie Individuen, die reines Blut haben, weniger empfänglich als Mischlinge.

Die unter dem Namen Pinto beschriebene, in Mexiko sehr häufige Hautkrankheit, die mehrfach für identisch mit Carate gehalten wurde, ist von diesem vollkommen verschieden, gehört aber nach Ansicht des Verfassers mit Carate, Favus und Herpes tonsurans in ein und dieselbe Krankheitsklasse (Dermatomykosen).

Von grofsem Interesse sind die beobachteten Spontanheilungen. Violetter Carate verschwindet, wenn der Kranke eine länger dauernde fieberhafte Krankheit, z. B. Variola durchmacht. Die Ursache einer solchen Spontanheilung ist zweifellos die starke Entwickelung und die Aktivität der saprophytischen Bakterien der Haut bei fieberhaften Krankheiten. — Da die Krankheit (mit Unrecht) für sehr ansteckend gilt, werden die Caratösen von den Gesunden strenge gemieden. Dies erklärt den verbitterten Gemütszustand und den Jähzorn, der allen Karatösen eigen ist. — Während vollkommen ausgebildete Fälle unheilbar sind, sind die Anfangs- und Frühstadien ziemlich leicht heilbar. Der Verfasser ist überdies der Ansicht, dafs durch

prophylaktisch angewandte hygienische Maſsnahmen die Krankheit vollständig zum Verschwinden gebracht werden könnte. *Götz-München.*

Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen, von Henry Head. Deutsch herausgegeben von Wilhelm Seiffer. Mit einem Vorwort von Hitzig. (Berlin, 1898. August Hirschwald.) Die Aufgabe des vorliegenden Werkes ist, die bestimmten Organerkrankungen zukommenden hyperästhetischen Hautanomalien festzustellen. Dabei ergab es sich, daſs dieselben sich stets in bestimmten Grenzen hielten, den einzelnen Visceralaffektionen bestimmte Zonen von Hauthyperästhesie entsprachen, die wiederum sich mit den Ausbreitungsgebieten des Herpes zoster deckten. Verfasser begnügt sich aber nicht mit der einfachen topographischen Feststellung, er versucht auch die Zonen mit den anatomisch resp. physiologisch festgestellten Venenbezirken in Einklang zu bringen. Die Untersuchung wurde in sehr einfacher Weise durch Aufhebung von Hautfalten oder durch den Knopf einer Stecknadel vorgenommen. Betritt man den hyperästhetischen Bezirk, dann wird die Berührung des Knopfes unangenehm oder direkt schmerzhaft empfunden. Eine andere Methode ist die Berührung mit heiſsen oder kalten Gegenständen. Im Gebiete der hyperalgetischen Zone ist auch stets eine Steigerung der Reflexe nachweisbar. Nicht die ganze Zone ist gleich überempfindlich, innerhalb derselben sind stets einzelne, besonders schmerzhafte Punkte zu finden. So einfach die Sache erscheint, ergaben sich doch mancherlei Schwierigkeiten, welche die Untersuchung sicher zu einer ungeheuer mühsamen machten. Verfasser schildert nun an der Hand von Krankheitsgeschichten eingehend die verschiedenen Zonen der Hyperästhesie, vergleicht sie mit den Herpesgebieten und erörtert ihren Zusammenhang mit den Erkrankungen der verschiedenen Organe. Nicht weniger als 124 Holzschnitte erläutern die Befunde. Natürlich kann hier nicht genauer auf die in dem umfangreichen Buche niedergelegten Einzelheiten eingegangen werden. Dasselbe will studiert sein. Jedenfalls ist aber der Diagnostik hier wiederum auf der Haut ein neues Forschungsgebiet eröffnet. Es bleibt abzuwarten, inwieweit weitere Forscher die Resultate und Theorien des Verfassers werden bestätigen. Das Verdienst, den neuen Weg mit groſser Ausdauer betreten und verfolgt zu haben, wird niemand ihm nehmen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Was antwortet der Arzt dem heiratswilligen Blennorrhoiker, von E. Kromayer. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 24.) Der Verfasser polemisiert gegen den Standpunkt Neissers, daſs wiederholte Untersuchungen auf Gonokokken mit negativem Befunde die Nichtinfektiosität einer noch vorhandenen Schleimhautsekretion sicher beweisen. Seiner Überzeugung nach können diese Untersuchungen, auch wenn sie im einzelnen Falle in groſser Anzahl ausgeführt werden, nur einen Wahrscheinlichkeitsbeweis für die Nichtinfektiosität erbringen, und zwar liefert der Verfasser auf Grund groſser Berechnungen den Nachweis, daſs diese Wahrscheinlichkeit für den einzelnen Fall eine verhältnismäſsig sehr geringe ist. Auch seine zahlreichen praktischen Erfahrungen beweisen, daſs trotz wiederholter Untersuchungen mit negativem Befund in den meisten Fällen die Infektiosität der Sekretion fortbesteht. Der Arzt

sollte daher niemals auf Grund negativen Gonokokkenbefundes den Heiratskonsens geben, d. h. die Verantwortung dafür übernehmen, daſs der Tripper nicht mehr infektiös sei. Der Arzt muſs vielmehr dem Patienten klarlegen, daſs er trotz negativen Gonokokkenbefundes die chronische Entzündung der Harnröhre bis zur wirklichen Heilung und Beseitigung aller Symptome behandeln lassen muſs. Ist es nicht gelungen, den Tripper vollständig zu heilen, oder will sich der Heiratswillige keiner Behandlung mehr unterziehen, so hat der Arzt ihm den Sachverhalt zu schildern und ihm Entscheidung und Verantwortung zu überlassen. Entscheidet sich der Patient zur Heirat, so muſs ihm der Arzt dringend raten, sich als infektionsfähig zu betrachten und folgende Vorsichtsmaſsregeln zu beobachten: 1. vor jedem Coitus zu urinieren; 2. den Coitus womöglich nur einmal im Verlaufe eines Tages auszuführen; 3. nie den Coitus zweimal direkt nacheinander zu vollziehen, da sonst der erste eventuell mit Gonokokken vermischte Samenerguſs durch die Friktionen des zweiten Coitus in engste Berührung mit Harnröhre und Cervikalkanal kommt; 4. im Falle der Coitus in kürzerer Zeit als ein Tag wiederholt wird, die Frau eine reichliche Scheidenausspülung vornehmen zu lassen; solche sind überhaupt thunlichst häufig zu machen. — Das Dogma vom beweisenden Werte des negativen Gonokokkenbefundes sollte bei Ärzten und Laien verschwinden; denn auf Grund des negativen Befundes wird nur zu oft die Behandlung eingestellt, weil der Zweck derselben, die Vernichtung der Gonokokken, angeblich erreicht ist; so wird die wirkliche Heilung des Trippers direkt verhindert. *Götz-München.*

Die Züchtung des Gonococcus, von Busch-Buffalo. (*Med. News,* 2. April 1898.) Der Autor geht die Züchtungsversuche durch seit Entdeckung des Gonococcus durch Neisser im Jahre 1879 und der erfolgreichen ersten Impfung mit Blennorrhoe durch Bumm aus einer Kultur der zwanzigsten Generation auf menschlichem Blutserum. Hier hielt sich der Coccus nur beschränkt lange und muſste oft abgeimpft werden. Schrötter und Winkler verwendeten Kiebitzeiweiſs (1890), Anfuso züchtete den Gonococcus 1891 auf blennorrhoischer Hydarthrosflüssigkeit mit Erfolg, dasselbe gilt bei Finger, Ghon und Schlagenhaufer für Harnagar (1894). Kurz darauf hat Turro den Trippererreger auf saurer Bouillonpeptongelatine rein gezüchtet; nach Finger haben wir es aber bei diesen Versuchen nicht mit Neissers Kokken zu thun. Bockhart gebrauchte eine Blutserumgelatinemischung, Wertheim Blutserumagar mit Plattengufsverfahren nach Bockharts Vorgang. Wright-Boston bediente sich mit Erfolg einer Mischung von sterilem Urin (1), Serum (1) und Agar-Agar (2), Heimann-New York benutzte eine Mischung von Pleuritisflüssigkeit und Agar. Letztere Methode unterzog Verfasser einer eingehenden Nachprüfung. Die Medien müssen aufs sorgfältigste sterilisiert werden und neutral reagieren. Busch bestätigt die Resultate Heimanns. Als beweisend betrachtet er das Verhalten seiner Diplokokken gegenüber der Gramschen Methode, Impfbeweise bringt er nicht bei.

Eugen Hopf-Dresden.

Über den forensischen Wert der Gonokokken-Differenzierung durch mikroskopische Untersuchung, besonders bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen, von Steinschneider. (*Ärztl. Sachverst.-Ztg.* 1898. No. 6.) Findet man in einem aus den Genitalien stammenden Sekret Diplokokken von typischer Kaffeebohnenform, meistens eingeschlossen in Leukocyten, die sich nach Gram entfärben, so kann man sie mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit als Gonokokken bezeichnen. Diesen Standpunkt vertritt der Verfasser gegenüber denen, welche nur das Kulturverfahren als Entscheidungsinstanz gelten lassen wollen. Zahllose Untersuchungen lassen dem Verfasser keinen Zweifel über die Richtigkeit seines Standpunktes. Die

GRAM'sche Methode übt er folgendermafsen: Objektträgerpräparat 25—30 Minuten in koncentrierter Anilingentianaviolettlösung, abspülen, 5 Minuten in Jodkaliumlösung, bis zur Entfärbung in Alkohol tauchen, nachfärben mit CZAPLEWSKIscher Fuchsinlösung (1,0 Fuchsin mit 5,0 Acid. carbol. liquef. innig verrieben, dazu 50,0 Glycerin und 100,0 gekochtes, destilliertes Wasser; diese Stammlösung mit der neunfachen Menge Wasser verdünnt). Verfasser ist seiner Ansicht so sicher, dafs er auch für forensische Untersuchungen die mikroskopische Prüfung für ausreichend hält.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Vorhandensein des NEISSERschen Diplococcus in den vereiterten Leistendrüsen bei Blennorrhoe, von COLOMBINI. (*Rif. med.* Jan. 1898). Nach den Untersuchungen des Verfassers mufs dem NEISSERschen Gonococcus, in einzelnen Fällen wenigstens, eine wahre pyogene Wirkung zuerkannt werden. Zuweilen können sich ihm noch andere eitererregende Keime anschliefsen und ihn auch gänzlich verdrängen, sodafs man ihn weder mikroskopisch noch bakteriologisch nachweisen kann. Wo man gar keine Mikroorganismen konstatieren kann, mufs angenommen werden, dafs der Gonococcus bereits in Involution begriffen ist und seine Lebensfähigkeit eingebüfst hat. Die Phagocytose tritt bei der Blennorrhoe ziemlich rasch ein, wahrscheinlich, weil der Gonococcus meist im Zellprotoplasma lokalisiert ist.

C. Müller-Genf.

Bemerkungen zur Blennorrhoea muliebris, von FÜRST. (*Dtsche. Medizinalztg.* 1898. No. 15.) Der Verfasser bespricht die Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe in Bezug auf die einzelnen Teile des Urogenitalapparates und weist auf die Behandlung mit Protargol hin, die er in den Therapeutischen Monatsheften ausführlich schildert.

Götz-München.

Zur Behandlung der weiblichen Blennorrhoe, von FÜRST. (*Therap. Monatsh.* 1898. Heft 4.) Der Verfasser hat 36 Fälle von Blennorrhoe beim Weibe (wie es wohl richtiger hiefse, anstatt des miserablen Ausdrucks „weibliche Blennorrhoe") mit Protargollösungen und zwar in ziemlich komplizierter Weise behandelt und war mit dem Erfolg in hohem Grade zufrieden: es wurde fast ausnahmslos in 3—4 Wochen Heilung erzielt, die man, wie der Verfasser sagt, als definitiv betrachten kann. Aus den gemachten Beobachtungen werden folgende Schlüsse gezogen: 1. In der Behandlung der „weiblichen" Blennorrhoe des Urogenitalgebietes, zumal in den akuten und subakuten Formen, ist das Protargol von entschiedenem Nutzen und von gröfserem Vorteil als die bisherigen Behandlungsmethoden. 2. Bei streng systematischer Anwendung tilgt es in kürzester Zeit die spezifischen Kokken, ohne zu reizen. 3. Bei Cervikalblennorrhoe ist stets aus prophylaktischen Gründen die Protargolbehandlung auch auf die Uterinhöhle auszudehnen. 4. Eine gründliche, recidivfreie Heilung blennorrhoischer Prozesse ist nur in klinischer Behandlung unter Sicherung absoluter Ruhe und Abstinenz der betreffenden Teile durchführbar, dann aber in 3 Wochen mit grofser Sicherheit (?) zu erreichen. 5. Beim Bestehen einer Salpingitis blennorrhoica kann das Protargol die sonstige, speziell operative Behandlung nicht ersetzen. 6. Salpingitis blennorrhoica ist durch rechtzeitige Protargolbehandlung häufig zu verhüten.

Götz-München.

Zur Frage der Prostituierten-Blennorrhoe, von BRUCH. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 16.) Der Verfasser wendet sich gegen BEHREND, den Leiter der Station für Geschlechtskranke im Berliner städtischen Obdach, der die mikroskopische Untersuchung auf Gonokokken bei den Prostituierten für entbehrlich, sogar für unzweckmäfsig erklärt, weil nach einem richterlichen Urteil der negative mikroskopische

Befund wegen nicht erwiesener Ansteckungsgefahr zum Abbruch der Behandlung und Entlassung aus dem Krankenhause verpflichtet. Demgegenüber betont Bruck mit Recht, dafs dieses Urteil vom medizinischen Standpunkte aus als richtig nicht anerkannt werden kann. Es mufs daran festgehalten werden, dafs bei Blennorrhoe die mikroskopische Untersuchung in der ersten Reihe der diagnostischen Hilfsmittel steht.

Götz-München.

Sollen die Prostituierten auf Blennorrhoe untersucht und behandelt werden?, von Blaschko. (Nach *Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 46.) Der Verfasser stellt fest, dafs die ganze Reglementierung der Prostituierten in Preufsen (wohl auch in ganz Deutschland. Ref.) jeglicher gesetzlicher Grundlage entbehrt, dafs das ganze Verfahren der zwangsweisen Untersuchung und Behandlung der Prostituierten ungesetzlich ist. Er hält es daher mit Recht für dringend notwendig, gesetzliche Bestimmungen über die Prostituiertenbehandlung herbeizuführen, sei es in Form eines allgemeinen Seuchengesetzes, sei es in Form eines Spezialgesetzes über die Bekämpfung der venerischen Krankheiten. — Nach den Zusammenstellungen des Verfassers machen die akuten Blennorrhoen bei den Männern 65—75 % aller Geschlechtskrankheiten aus, während bei den Prostituierten in Berlin nur in 22 % aller behandelten Geschlechtskrankheiten Blennorrhoe konstatiert wurde. In der That ist aber Blennorrhoe bei Prostituierten mindestens ebenso häufig wie bei den Männern, es wird jedoch nur ein Bruchteil der blennorrhoisch infizierten Prostituierten als erkrankt befunden und dem Krankenhaus zugewiesen. Wenn also nur ein kleiner Teil der blennorrhoisch erkrankten Prostituierten als blennorrhoisch erkannt und behandelt und von diesem kleinen Teil wieder nur ein Bruchteil geheilt wird, dann ist natürlich der Wert der ganzen jetzt üblichen Blennorrhoebehandlung bei Prostituierten vollkommen illusorisch. In der That ergeben die Journale einer 180000 Mitglieder umfassenden kaufmännischen Krankenkasse, dafs für die Frequenz der Blennorrhoe bei Männern die Blennorrhoebehandlung der Prostituierten, wie sie jetzt üblich ist, vollkommen gleichgiltig erscheint. Der Wert der Gonokokkenuntersuchung ist in Bezug auf Diagnose unbestreitbar; mit der Einführung der bakteriologischen Untersuchung steigt die Zahl der als blennorrhoisch infiziert erkannten Prostituierten ganz enorm an, wie es z. B. für Stuttgart Hammer statistisch nachweist. Über die therapeutischen Erfolge teilt Hammer mit, dafs ein Teil wirklich geheilt wurde, ein Teil immer wieder recidivierte und dafs bei einem Teile, insbesondere bei Cervikalblennorrhoen, weder die Gonokokken noch die klinischen Erscheinungen beseitigt werden konnten. Hammer ist daher der Ansicht, dafs das heute übliche Verfahren der Behandlung der Prostituierten durch die Resultate nicht gerechtfertigt ist, und dies umsoweniger, als die eingehende Untersuchung und Behandlung der Prostituierten in Stuttgart auf die Zahl der Erkrankungen der Männer an Blennorrhoe absolut keinen Einflufs hat. Trotzdem erscheint es dem Verfasser möglich, wenigstens palliativ vorzugehen. Wenn bei der so grofsen Zahl von tripperkranken Prostituierten nicht jeder Mann nach jedem geschlechtlichen Verkehr blennorrhoisch infiziert wird, so liegt das einmal daran, dafs das Sekret bei chronischer Blennorrhoe oft lange Zeit arm an Gonokokken oder auch ganz frei davon ist, und insbesondere daran, dafs die Prostituierten im Krankenhaus zur Reinlichkeit erzogen wurden, dafs sie aus diesem die Gewohnheit mitnehmen, täglich eine Scheidenausspülung zu machen. Daher sind auch die jungen Prostituierten, die noch nicht im Krankenhaus waren, hinsichtlich der Ansteckungsfähigkeit am gefährlichsten. Der Verfasser schlägt daher vor, aus der Kontrolle eine Art obligatorische Poliklinik zu machen, in der die Prostituierten Vorschriften bezüglich der Reinlichkeit und der Körperpflege bekommen, in der Ausspülungen gemacht, Tampons eingelegt und Medikamente unentgeltlich verabfolgt werden. Der klinischen

Behandlung sind nur diejenigen zu überweisen, bei denen profuser eitriger Katarrh besteht; die Prostituierten mit chronischer Blennorrhoe, die als geheilt oder gebessert entlassenen, sowie die gelegentlich aufgegriffenen sind nur auf die Notwendigkeit der Scheidenausspülungen möglichst vor und nach jedem Coitus aufmerksam zu machen. Da die Angst vor dem Krankenhaus wegfällt, werden die Prostituierten diese Kontrollpoliklinik gerne aufsuchen. Dazu muſs aber unbedingt die Bekämpfung der Blennorrhoe der Männer kommen. Die geschlechtskranken Kassenmitglieder müssen wie andere Kranke Krankengeld bekommen, den Kassenärzten muſs ein gewisses Aufsichts- und Bestimmungsrecht und auſser der Behandlung noch eine weitere Kontrolle über die geschlechtskranken Mitglieder eingeräumt werden. Endlich muſs das Krankenkassengesetz bezüglich der venerischen Krankheiten auf weitere Bevölkerungsschichten, insbesondere auf die Studenten ausgedehnt werden. *Götz München.*

Über die Behandlung der blennorrhoischen Ophthalmie der Erwachsenen, von Feilchenfeld. (*Dtsche. med. Wochenschr.*, Therap. Beilage. 1898. No. 5.) Verfasser empfiehlt die Spülungen des Conjunctivalsacks unter massageartigen Bewegungen der Lider nach Burchardt bei der Conjunctivalblennorrhoe der Erwachsenen. Er scheint hierbei das Hauptgewicht auf die mechanische Wirkung der 1 °/₀₀ Argentumlösung zu legen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Iritis blennorrhoica, von K. Scholtz. (*Orvosi Hetilap-Szemeszet.* 1897. No. 2.) Der 23jährige Patient acquirierte vor 2½ Jahren eine Blennorrhoe, welche auf Einspritzungen zwar verschwand, während dieser Zeit aber häufig recidivierte, und bei jedem Recidiv bekam er bald in dem einen, bald in dem anderen Gelenke Schwellungen. Bei dem letzten Recidiv bekam er eine Woche darauf eine Schwellung und Schmerzen in beiden Sprunggelenken, drei Wochen darauf im rechten Zeigefinger. Bald darauf entwickelte sich Rötung und Schmerzhaftigkeit des linken Auges, vier Tage nachher auch im rechten Auge. Es stellte sich in beiden eine heftige Iritis ein, welche auf symptomatische Behandlung in neun Wochen heilten. Für den Zusammenhang der Iritis mit dem blennorrhoischen Prozesse spricht einerseits die auſserordentliche Disposition für Metastasen, die anderen konstitutionellen ätiologischen Momente konnten bei dem Kranken ausgeschlossen werden. Anderseits ist charakteristisch für die Iritis blennorrhoica die auſserordentliche Vehemenz der subjektiven Erscheinungen, und die Milde der objektiven Veränderungen. Es bildet sich in der Regel ein solch mächtiges plastisches Exsudat, wie man das bei den anderen Iritisformen nicht beobachten kann. Dieses Exsudat, mag es noch so massig sein pflegt in der Regel resorbiert zu werden, die Synechien, trotz ihrer groſsen Anzahl, zerreiſsen prompt auf Atropinbehandlung und die Heilung tritt ungestört ein, wie auch in diesem Falle. Ein anderes Charakteristikum für die Iritis blennorrhoica sind die häufigen Recidive. Diese Recidive treten in der Regel in derselben Zeit auf, in welcher der Harnröhrenausfluſs ein starker wird. Während aber bei der ersten Iritis in der Regel nur ein seröses Exsudat gebildet wird, gehen die Recidive in den meisten Fällen mit plastischen Exsudaten einher. Die Behandlung der Iritis blennorrhoica ist gleich denen der anderen Iritisformen.

A. Alpár (Aschner)-Budapest.

Die blennorrhoischen Bindehauterkrankungen und deren Behandlung, von M. Knies. (*Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Augenheilk.* Bd. I. Heft 5.) Verfasser unterscheidet drei Arten der blennorrhoischen Bindehauterkrankungen: 1. Die Blennorrhoe der Neugeborenen. 2. Die Blennorrhoe des Kindesalters (hauptsächlich bei Vulvovaginitis kleiner Mädchen). 3. Die Blennorrhoe der Erwachsenen

(hauptsächlich bei Blennorrhoe des Augenkranken selber). — Die Blennorrhoea neonatorum tritt am häufigsten am dritten Tage nach der Geburt auf, doch kommen nicht selten Spätinfektionen vor, während andererseits oft trotz Blennorrhoe der Mutter eine Infektion des Neugeborenen nicht stattfindet. — Verfasser schildert dann die bekannten Symptome der Augenblennorrhoe der Kinder, wobei er hervorhebt, dafs niemals eine Spur von Follikelentwickelung zu bemerken ist. Hornhauterkrankung ist etwa bei 1/5 bis 1/4 der zum Augenarzt gebrachten Fälle zu konstatieren, ist wahrscheinlich, auf sämtliche Fälle berechnet, noch seltener. Sie beginnt gewöhnlich mit Epithelverlust in der Lidspaltenzone der Hornhaut, an die sich rasch Trübung, geschwüriger Zufall, Perforation, hintere Synechien anschliefsen. Der vordere Polarstar wird durch die Hornhauterkrankung bei Blennorrhoea neonatorum ausschliefslich veranlafst und ist deshalb ein sicheres Zeichen eines in utero oder kurz nach der Geburt vorhanden gewesenen geschwürigen Hornhautprozesses, d. h. der Blennorrhoe. Etwa am Ende der ersten Woche ist der Höhepunkt der Eiterung erreicht, es erfolgt eine allmähliche Abnahme derselben. Bisweilen aber sieht man plötzliches Nachlassen und selbst völliges Versiegen der Eiterung. Fast ausnahmslos ist die Ursache hiervon eine Kinderdiarrhoe, die oft einen gefährlichen Verlauf nimmt und infolge des übermäfsigen Säfteverlustes sowie der Autointoxikation zum Auftreten sogenannter marantischer oder xerotischer Hornhautaffektionen führt. Selten werden Komplikationen der Blennorrhoea neonatorum beobachtet wie Dacryocystitis, Rhinitis oder Gelenkaffektionen. — Diagnostisch ist die Bemerkung des Verfassers wichtig, dafs jede eitrige Bindehautentzündung bei Neugeborenen eine Blennorrhoea neonatorum ist, aber nicht jede eitrige Bindehautentzündung bei Neugeborenen durch Gonokokken bedingt ist. Die schwersten Fälle kommen von Anfang an ohne Gonokokken vor. — Von den drei Methoden der Therapie, der kaustischen (Lapis mitigatus), der antiseptischen (Sublimat 1 : 1000—5000 und fast alle übrigen Antiseptica), der adstringierenden, ist nur die letztere für den praktischen Arzt brauchbar (Zinc. sulfur. oder sulfocarbol. 1/3—1/2 %), darf aber erst in Anwendung gezogen werden, sobald die Krankheit in das Stadium der Eiterung eingetreten ist. Im Initialstadium der Schwellung und des Ödems ist nichts weiter erforderlich, als das Auflegen eines feuchten Läppchens auf das erkrankte Auge. Mit der adstringierenden Behandlung erreicht man in 2 bis 6 Wochen Heilung. Bei Hornhautaffektionen Einträufelung von Eserin 0,03 : 10,0. — Credés prophylaktische Einträufelung von 2 %iger Höllensteinlösung hat sich bisher als das beste Mittel erwiesen, die Augenblennorrhoe zu verhüten. Neuerdings empfiehlt Fraenkel bei Erkrankung eines Auges täglich einen Tropfen Höllensteinlösung in das noch gesunde Auge zu träufeln. — Eine viel schwerere, aber auch seltenere Erkrankung ist die Infektion der Bindehaut Erwachsener mit dem Gonococcus Neisser, die durch Blutungen, Nekrosen und starke Schwellungen charakterisiert ist. Die Hornhaut wird sehr schnell affiziert, sodafs die Erkrankung meist eine viel ungünstigere Prognose bietet als die Blennorrhoe der Neugeborenen. Therapeutisch kommen dieselben Methoden in Betracht. Verfasser sah zwei schwere Fälle nach Darreichung von Copaivabalsam „auffallend mild" verlaufen, verspricht sich ferner sehr viel von heifsen Dauerbädern von 40° C., die auch bei anderen blennorrhoischen Erkrankungen wirksam sein sollen. *I. Bloch-Berlin.*

Protargol, ein Specificum gegen Conjunctivitis blennorrhoica, von A. Darier-Paris. (*Die ophth. Klinik.* 1898. No. 7.) Kein einziges Mittel gab Verfasser so günstige Resultate wie Protargol. Es ist reizlos, unschädlich und jeder noch so schweren Blennorrhoe gewachsen. Es kann sogar als Pulver rein verwandt werden. Zu

Touchierungen sind 20—50%ige Lösungen zu gebrauchen, zu Einträufelungen im Hause eine 5%ige Lösung. Zum prophylaktischen Verfahren eignen sich 10—15%ige Lösungen. *A. Straufs-Barmen.*

Zur Behandlung schwerer blennorrhoischer Strikturen der Harnröhre, von Goldberg. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 24.) Der Verfasser rechnet zu den schweren Harnröhrenverengerungen diejenigen Verengerungen, die höchstens etwa 2 mm, Charrière 3—8 weit sind und bereits zu Komplikationen Anlafs gegeben haben. Schwere blennorrhoische Strikturen sind stets multipel und erfordern daher, abgesehen von symptomatischen Mitteln, zu denen der nur eine Stelle erweiternde äufsere oder innere Harnröhrenschnitt gehört, als Heilmittel eine Dilatationskur. Bei derselben ist von gröfster Wichtigkeit die Durchführung strenger Asepsis. Es müssen die Instrumente selbstverständlich aseptisch sein, aber auch die infizierten Teile, Harnröhre, eventuell Blase, müssen vor Beginn der Behandlung jedesmal aseptisch gemacht werden. Dies wird erzielt durch Spülungen der Harnröhre bezw. der Blase, die bei den verschiedenen Fällen in verschiedener Weise gemacht werden müssen und für die einzelnen Fälle genau beschrieben werden. Mit Hülfe dieser Mafsnahmen erzielte der Verfasser bei allen bestehenden Infektionen Heilung, mit Ausnahme zweier Fälle von Pyelitis, die nur gebessert wurden. Auch bei Anwendung eines Verweilkatheters wurde der gleiche günstige Erfolg erzielt. Die Reaktion nach der Dilatation ist bei streng durchgeführter Asepsis sehr schwach und kurz. *Götz-München.*

Über die Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis durch Guajakolapplikation, von Jaroslav Lenz. (*Wien. klin. Rundsch.* 1898. No. 45.) Nach einer Rekapitulation der üblichen Behandlungsmethoden der Epididymitis und der Versuche mit Guajakolapplikation bei diesem Leiden berichtet Verfasser über die auf der Klinik von Janovsky erzielten Erfolge. Es wurde eine 10%ige Vaselinsalbe, nur bei sehr empfindlicher Haut eine 5%ige, auf Mull gestrichen, um den Hoden gelegt, darüber Watte und Billrothbattist; Hochlagerung. Vor der Salbenapplikation abwaschen mit Wasser und Seife, Abreiben mit Äther. Die Applikation wird morgens und abends wiederholt, aufserdem wird dreimal täglich 1,0 Salol gegeben; eventuell ein Laxans. Die Guajakolmedikation wird fortgesetzt, bis Fieber, Schwellung, spontane Schmerzhaftigkeit geschwunden ist. Das oft zurückbleibende Nebenhodeninfiltrat wird behandelt mit der Zeisslschen Salbe:

Extr. Bellad.	0,5—1,0.
Ung. Diachyl.	
Ung. simpl.	aa 25,0.

Auf diese Weise wurden 52 Kranke behandelt, darunter 48 blennorrhoische. Die Salbenapplikation verursacht kurz dauerndes starkes Brennen und Jucken, gewöhnlich aber nur das erste Mal. Der Erfolg ist um so deutlicher, je akuter der Prozefs. Durchschnittliche Guajakolanwendung 3½ Tage. In erster Reihe bemerkenswert ist die schmerzstillende Wirkung, die prompt eintritt. Ebenso geht die Schwellung bald zurück, eine geringe Verhärtung am Caput oder an der Cauda bleibt oft zurück. Einmal mufste ein stärkeres Exsudat punktiert werden. Die Temperatur sinkt nach Guajakol um ca. 1° in der ersten halben Stunde nach dem Auflegen der Salbe. Das Sinken ist um so unbedeutender, je weniger hoch die Temperatur war. Der Temperaturabfall hält aber nur 3—6 Stunden an. Auch Schlaf stellt sich nach Guajakol ein. Die Schmerzen durch eine Deferentitis oder Funiculitis nehmen ab, wenn die Haut bis zur äufseren Öffnung des Leistenkanals mit einem Guajakolverbande bedeckt worden war. Bei subakuter Schwellung des Samenstranges bewährte sich

Ung. Hydrarg. lanol.
Lanolin. pur. ≅ 15,0
Extr. Op. aquos. 1,0

auf die rasierte Haut aufgestrichen. — Das Guajakol versagte bei zwei Fällen von suppurativer Epididymitis. Die Vorteile desselben bei blennorrhoischer Epididymitis sind die Abkürzung der Krankheit, die Beseitigung der Schmerzen und des Fiebers, die Gefahrlosigkeit. Unangenehm ist höchstens das schnell vorübergehende Brennen. Hautreizend wirkt die 10%ige Salbe nicht, ebensowenig wurde eine Störung des Allgemeinbefindens bei 50 Kranken, die mit Guajakol behandelt wurden, bemerkt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Endocarditis blennorrhoica, von A. Abrams. (*NewYork med. Journ.* 29. Aug. 1896.) Ein 17jähriger Jüngling, der sich zum zweiten Male blennorrhoisch infiziert hatte, war seit etwa 6 Wochen wegen Pyurie behandelt worden ohne spezielle Berücksichtigung des Urethralleidens. Es bestand eine Urethritis anterior und posterior mit eitrigem, gonokokkenhaltigen Ausfluſs nebst Cystitis. Bei geeigneter Behandlung besserte sich das Lokalleiden, aber nach weiteren 14 Tagen setzte plötzlich Fieber (40° C.) ein mit lanzinierenden Schmerzen in den Schultern und dem Abdomen, Erbrechen, Tachycardie, Aortengeräusch, masernartigen Petechien am ganzen Körper, Milzschwellung, Embolie der Fingerarterien, Gangrän am kleinen Finger und Exitus letalis zwei Tage später. Die Gelenke hatten keine klinische Affektion dargeboten. *Philippi-Itzehoe.*

Erkrankung des Sternoclaviculargelenks im Verlauf einer Blennorrhoe, von Edington. (*Lancet.* 5. Juni 1897.) Der 27jährige Patient erkrankte drei Wochen nach Beginn seiner Blennorrhoe an Orchitis und Schmerzen in der linken Schulter; das linke Sternoclaviculargelenk war schmerzhaft, aufgetrieben, die Haut darüber dunkelrot. Auf Darreichung von Jodkalium erfolgte anfangs rasche Besserung; bald aber verschlimmerte sich die Sache wieder, die Schwellung erweichte, eine kleine Incision entleerte einige Tropfen gelbrötlichen Serums und lieſs grauliche Granulationen erkennen. Dauernde Heilung erfolgte erst nach gründlicher Auskratzung dieser Granulationen. *F. Hahn-Bremen.*

Über praktisch wichtige Verbesserungen der Injektionstechnik bei der Heilung des akuten Harnröhrentrippers mit Lösungen von Silbercitrat (Itrol), von O. Werler. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 16.) Das Resumé der Ausführungen des Verfassers lautet: 1. Die Itrolinjektionen sind so frühzeitig wie möglich zu beginnen. 2. Die Itrolinjektionen werden 4—5 mal binnen 24 Stunden vorgenommen. 3. Die Itrolinjektionen werden bei Blennorrhoe der vorderen Harnröhre mit einer Spritze von 6—8 ccm Inhalt ausgeführt. 4. Die Itrolinjektionen verbleiben 10 Minuten in der Urethra nach voraufgegangener Reinigung derselben mit einer halben Spritze der Injektionsflüssigkeit. 5. Die Itrolinjektionen müssen anfänglich sehr schwach (0,02 : 200,0), sodann beim Nachlassen der Entzündung allmählich stärker verschrieben werden bis zur höchsten Koncentration 1 : 3800. 6. Die Itrolinjektionen sind lauwarm zu applizieren. — Kontrolle der Heilung durch das Mikroskop. Wer keines hat, kann durch sorgsame Inspektion des Morgentropfens (Menge und Beschaffenheit des Ausflusses) sowie durch Anstellung der Zweigläserprobe (Tripperfäden) seine mit der Silbercitratbehandlung erreichten Erfolge ohne Mühe kontrollieren.

I. Bloch-Berlin.

Zur Diagnostik und Therapie der Blennorrhoe beim Manne, von Friedrich Dommer. (*Deutsche Praxis.* 1898. No. 1/2.) Die Arbeit aus der Kollmannschen Poli-

klinik ist vorzugsweise der chronischen Blennorrhoe gewidmet. Aus der kurzen Erörterung der Therapie bei akuter Blennorrhoe sei nur erwähnt, daſs KOLLMANN höchstens 5 ccm injiziert, dabei den Bulbus durch ein untergeschobenes geballtes Handtuch komprimierend. Er verwendet meistens Kalium permanganicum 0,01 — 0,1 : 100,0 allmählich steigend. Daneben eventuell kalte Umschläge, PRIESSNITZsche Umschläge, Ol. Santali. — Die chronische Blennorrhoe spielt sich sehr oft in der Pars anterior ab. Mit dem Endoskop konstatiert man das, indem man nach Kokainisierung von dünnen Nummern zu dickeren steigt, wobei Infiltrate am leichtesten erkannt werden. Die Dreigläserprobe giebt eindeutigere Ergebnisse als die Zweigläserprobe, ist aber auch nur absolut entscheidend für eine Erkrankung der Pars posterior bei positivem Befunde von Filamenten in dem dritten Glase. Sicher ist nur die Ausspülung der vorderen Harnröhre mit dünnem Katheter und Spritze vor der Harnentleerung. — Verfasser geht dann auf die Endoskopie und die Behandlung der Urethritis mit Dilatatoren näher ein, das Verfahren genau schildernd. Auch die Spüldehner werden genau in ihrer Anwendung beschrieben. Einzelne Drüsen oder Krypten werden endoskopisch mit Injektion von Arg. nitric., Incision oder Elektrolyse behandelt. Das dazu nötige Instrumentarium wird gleich den übrigen Instrumenten abgebildet. — Die Urethroskopie der hinteren Harnröhre ist wenig zu empfehlen, sie ist schmerzhaft und ruft in der Pars membranacea gewöhnlich Blutungen hervor. Die Behandlung der Urethritis posterior ist die gleiche mit entspechend modifiziertem Instrumentarium. Vorteilhaft ist die vorherige Applikation von Sonden nach DITTEL mit starker oder flacher Biegung oder GUYONscher Biegung. Welche paſst, muſs im Einzelfalle erprobt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vierter Protest gegen moderne Trippertherapie, von IWAN BLOCH. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 25.) Auch dem Referenten hat das Protargol und das Largin einen Stoſsseufzer ausgepreſst (siehe das Referat weiter unten!), bei dem Verfasser scheinen diese Silberprodukte aber eine reine Protestmanie erzeugt zu haben. In kurzer Zeit der vierte Protest! Alle Achtung! Ich glaube, es dürfte doch ein bischen viel sein. Verfasser mag ja reiche Erfahrungen und eine ordentliche Skepsis besitzen, aber schlieſslich braucht er doch nicht gleich der Weltgeschichte in die Räder zu fahren. Die antibakterielle Therapie hat bei der Blennorrhoe bisher trotz der lebhaften Bemühungen der NEISSERschen Schule viel Positives nicht geleistet — zugegeben; deshalb aber dieselbe prinzipiell zu verwerfen, vor allen dahingehenden Bestrebungen zu warnen, dazu ist niemand berechtigt und niemand berufen, auch nicht der Verfasser. „Wir müssen die Hoffnung aufgeben, jemals ein Mittel zu finden, das die Gonokokken in der Harnröhre direkt tötet", ruft der Verfasser aus, sich sützend auf die Erfahrungen von Jahrtausenden. Nun das ist nicht nur konservativ, das ist reaktionär und kleinlich — denn das heiſst an dem Fortschritt in der Wissenschaft zweifeln. Das nennt man das Kind mit dem Bade ausschütten. Ich glaube, wir haben in den letzten Jahrzehnten so ganz unerwartete, ungeahnte Entdeckungen erlebt, die der Therapie zu gute gekommen sind oder zu gute kommen werden, daſs man auf keinem Gebiete das Recht hat, die Flinte ins Korn zu werfen und zum Stillstand oder gar zum Rückmarsch zu blasen. So manches, was man viele Jahrtausende nicht zu träumen wagte, ist wahr geworden, daſs kein Mensch sagen darf, was bisher nicht gefunden ist, wird auch weiter nicht gefunden werden. Deshalb genug der flammenden Proteste! Ne quid nimis! *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Betrachtungen über die Behandlung der Blennorrhoe, von F. BRUCK. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 21.) In dem groſsen Wettstreit der Meinungen über die Blennorrhoebehandlung, der nachgerade die ganze medizinische Litteratur unsicher

macht, um die für die Prinzipien einer richtigen Blennorrhoebehandlung ins Gewicht fallenden Gesichtspunkte darzulegen, betont Verf. den verschiedenen Verlauf der Blennorrhoe und verlangt deshalb, daſs allen Schlüssen ein groſses Krankenmaterial zu Grunde liegt. Das Ziel der Therapie muſs sein Abtötung der Gonokokken, um vor allem auch Komplikationen zu verhüten. Daneben muſs die Schleimhaut günstig beeinfluſst werden. Die wirksame Methode ist noch nicht gefunden, aber der Weg ist vorgezeichnet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Versuche mit einigen neueren Ersatzmitteln des Argentum nitricum in der Tripperbehandlung, von Niessen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 12.) Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verfasser etwa zu folgenden Schlüssen: Argoninlösungen, genau nach Vorschrift bereitet, sind reizlos. Ihr Einfluſs auf die Gonokokken ist zweifellos, aber vielleicht geringer als jener des Argentum nitricum; jedoch wird das durch die Reizlosigkeit ausgeglichen. Argonin ist eines der empfehlenswertesten Ersatzmittel des Argentum nitricum. — Airol wirkt antibakteriell, doch steht es an gonokokkentötender Kraft dem Argentum nitricum nach. Es erschwert durch allerdings belanglose Trübungen die Übersicht des Urins, macht manchmal Reizerscheinungen. — Antinosin ist nicht frei von Reizwirkung; Erfolg noch nicht zu bestimmen. — Dextroform, eine Verbindung des Formaldehyd mit Dextrin, ist reizlos und weiterer Prüfung wert. Es wird als $1^1/_2$—2%ige Lösung und als 25%ige Kakaostäbchen verwendet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Largin, ein neues Antiblennorrhoicum, von C. Pezzoli. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 12.) Noch ist das Protargol kaum warm geworden, noch ist der Kampf über dessen Wirksamkeit im Aufblühen begriffen, noch hat sich nicht das Grab über das hochgepriesene und schnell geendete Argonin geschlossen, und schon tritt ein neues Antiblennorrhoicum in die Arena. Ein Mittel jagt das andere. Nun ist gegen dieses eifrige Suchen nach besseren Heilmitteln gegen Blennorrhoe nichts zu sagen, so lange das richtige noch nicht gefunden — und das ist wahrlich noch nicht der Fall —, aber immer langsam voran, damit der blennorrhoe-behandelnde Arzt nachkommen kann! An Blennorrhoen ist sicherlich kein Mangel, es giebt ihrer so viel wie Sand am Meer, aber doch nicht genug, um alle die Mittel gründlich durchprüfen zu können. Man sollte auch wirklich Mitleid mit denjenigen Kollegen haben, welche abseits vom Kampfplatze stehen und in dem Gewühle der streitenden Mittel gar nicht mehr herausfinden können, welchem gerade am meisten der Sieg sich zuneigt, um es zu verordnen. — Soweit der Stoſsseufzer unius pro multis! — Die Silbereiweiſse erfüllen bisher am besten die an ein Antiblennorrhoicum zu stellenden Anforderungen; sie verbinden hohe baktericide Kraft mit geringer Reizwirkung und Imbibitionsfähigkeit. Ein solches ist auch das Largin, welches in dem Fingerschen Ambulatorium geprüft ist. Es enthält 11,5% Silber, gebunden an Protalbin, ein Paranukleinproteid, ist bis zu 10,5% in Wasser klar löslich. Die Lösung ist klar, gelb gefärbt, schwach alkalisch und sehr haltbar. Die baktericide Kraft des Largin ist gröſser als diejenige des Protargols; die Imbibitionsfähigkeit wird nur von derjenigen des Argentamins übertroffen. Auf die Mucosa übt es eine geringe Reizwirkung aus; wenn dieselbe auch bei 1—$1^1/_2\%$iger Lösung etwas gröſser ist als diejenige des Protargol. Sobald ganz neutrales Largin hergestellt sein wird, was bevorsteht, dürfte auch diese Reizwirkung fortfallen. Es werden $^1/_4$—$1^1/_2\%$ige Lösungen, allmählich steigend, als prolongierte Injektionen angewendet. Die Resultate bei 41 Fällen waren gute; 27 frische Fälle von Blennorrhoea anterior heilten im Mittel in 30 Tagen, ohne daſs eine Urethritis posterior aufgetreten wäre; in 8 frischen Fällen kam eine Urethritis posterior hinzu, die einmal schleichend einsetzte. Es muſste in 7 dieser Fälle eine

andere Therapie eingeleitet werden. Bei 6 nicht frisch in Behandlung gekommenen Fällen war das Resultat nicht besonders gut; in 2 derselben mufste die lokale Behandlung eingestellt werden. — Das Largin erzielte also in 27 von 35 akuten Fällen d. h. in 77% glatte Heilung. Das Ausbleiben von Urethritis posterior ist von grofser Wichtigkeit. Die von Finger mit Protargol erzielten Resultate sind nicht so gut, wenn auch die Behandlungsdauer eine kürzere war. Coupieren kann auch Largin die Blennorrhoe nicht. Wo bereits eine Urethritis posterior vorhanden ist, scheint es dem Protargol nachzustehen. In manchen Fällen leisteten hier Instillationen mit 1—5%iger Larginlösung gutes. Jedenfalls ist das Largin dem Protargol als reizloses Antiblennorrhoicum mindestens gleichwertig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die desinfizierende Kraft des Largins (einer neuen Silbereiweifsverbindung) gegenüber dem Gonococcus, von C. Pezzoli. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 4.) Die Ergebnisse der bakteriologischen Experimente lauten: 1. Das Largin ist den bereits bekannten Silbereiweifsverbindungen in seiner Eigenschaft als Antiblennorrhoicum mindestens gleichwertig. 2. In Bezug auf die Fähigkeit, Gonokokken zu töten, überragt es dieselben; eine nährbodenverschlechternde Wirkung äufsert es wie diese nur in geringem Mafse und nach längerer Einwirkung. 3. In tote organische Substanzen dringt es tiefer ein als die bisher bekannten Silbereiweifsverbindungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Urethritis blennorrhoica nach dem Janetschen Verfahren, von C. T. v. Otto. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 12.) Verfasser beschreibt das Janetsche Verfahren und stellt seine Vorzüge in das hellste Licht. In 10—15 Tagen heilt die akute Blennorrhoe bei konsequenten Spülungen mit schwachen Lösungen von Kalium permanganicum. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Vorläufige Mitteilung über die Wirkung des Protargols bei Blennorrhoe, von Gustav Behrend. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 14.) Der Vortrag des Verfassers über die Blennorrhoebehandlung bei Prostituierten mit seinen Angriffen auf die Bestrebungen der Neisserschen Schule hat eine Erwiderung Neissers zur Folge gehabt, auf die Behrend wiederum in der vorliegenden Arbeit antwortet, womit die Reihe der Erwiderungen und Antworten aber noch kaum erschöpft sein dürfte. — Behrend berichtet über 14 mit Protargol nach Neisserschem Schema behandelte Fälle. Aus denselben ergiebt sich, dafs Protargol den Eintritt stürmischer Reizerscheinungen bewirken oder wenigstens nicht hindern kann, — dafs Protargol die Gonokokken nicht schneller vernichtet als andere Mittel. Tägliche Untersuchung am Morgen vor dem ersten Urinieren ergiebt positiven Gonokokkenbefund bis in die 3.—5. Woche hinein. Durch diese Thatsachen wird der antiparasitären Blennorrhoebehandlung mit Protargol der Boden entzogen; es leistet nicht mehr als die Adstringentien. Die weiteren Ausführungen knüpfen an die „Gonokokkenbehandlung" Neissers an und sind zum Teil persönlicher Natur. Verfasser konstatiert, dafs Neisser die Unheilbarkeit vieler Fälle von Blennorrhoe beim Weibe zugiebt, was einer seiner Schüler in der Diskussion der Berliner medizinischen Gesellschaft leugnete. Er betont dann, dafs man kein Recht habe, Prostituierte, deren Ansteckungsfähigkeit nicht erwiesen ist, im Krankenhause zurückzuhalten.

An diesen in der Berliner medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag knüpfte sich wiederum eine lebhafte Auseinandersetzung. E. Frank wundert sich, dafs Behrend nach so kurzer Beobachtungszeit Schlüsse über die Protargolbehandlung zieht. Er betont, dafs Darier das Mittel bei Ophthalmoblennorrhoe sehr rühmt, dafs Finger sich der antibakteriellen Frühbehandlung der Blennorrhoe zugewendet hat. — Meissner

bemängelt die Form der BEHRENDschen Ausführungen, hebt die Notwendigkeit der Gonokokkenuntersuchungen hervor. Viel hat die Individualität der Patienten mitzusprechen. — Schlüsse lassen sich aus einem kleineren Material mit gröfserer Sicherheit ziehen, da dieses besser wissenschaftlich verwertet werden kann. — Die Abtötung der Gonokokken mufs das erste Ziel jeder Blennorrhoebehandlung sein. — GUTMANN führt aus, dafs die günstigen Erfahrungen DARIERS bei der Ophthalmoblennorrhoe mit Protargol in Parallele gestellt werden könnten mit den guten Erfolgen, die BURCHARD mit Spülungen des Auges mittelst 1‰ Argentum nitricum-Lösungen gegenüber der früher üblichen Anwendung koncentrierterer Lösungen erzielt hat. Das Protargol wirkt als mildes Antisepticum und gutes Spülmittel. — BEHREND verwahrt sich dagegen, einen unangemessenen Ton angeschlagen zu haben. Die Gonokokkenuntersuchung Prostituierter ist überflüssig; ein negativer Befund sagt nichts, ein positiver nützt nichts, weil wir doch nicht heilen können. Die Gonokokken abzutöten wäre sehr schön, wenn wir es nur könnten. — Nachträglich bemerkt BEHREND, dafs der Arbeit von E. FRANK 15 Fälle zu Grunde lagen, und dafs DARIER Ophthalmoblennorrhoe gar nicht mit Protargol behandelt habe, sondern andere Conjunctivalleiden; bündige Schlüsse ziehe derselbe überhaupt noch nicht. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über das Protargol als Antiblennorrhoicum, von E. FINGER-Wien. (*Die Heilkunde.* 1898.) Seinen Standpunkt, die akute Blennorrhoe mit Adstringentien nicht lokal zu behandeln, verläfst Verfasser den reinen Antiseptica gegenüber. So verwendet er im akuten Stadium das Protargol nach NEISSERS Vorschriften. Er betont die Reizlosigkeit des Mittels. 40 Fälle wurden von ihm behandelt und er zieht aus seinen Erfahrungen den Schlufs, dafs wir im Protargol ein entschieden sehr wirksames Antiblennorrhoicum gewonnen haben, das, thunlichst frühzeitig angewandt, einen raschen und günstigen Verlauf der Blennorrhoe in der Mehrzahl der Fälle bedingt, alle akuten Erscheinungen derselben hintanhält, Sekret und die Gonokokken aus demselben rasch zum Schwinden bringt. — Bei Behandlung chronischer Blennorrhoe hat er einen wesentlichen Wert nicht erkennen können. *A. Straufs-Barmen.*

Zur Protargolbehandlung der Harnwege, von SCHWERIN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 9.) Verfasser berichtet Gutes über die Behandlung der chronischen Urethritis und Cystitis blennorrhoica mit Protargolspülungen, die anfangs schwächer, später in der Koncentration 1 : 250 gemacht wurden.

F. Hahn-Bremen.

Über die Wirkung des Protargols, sowie Bemerkungen über die Beurteilung der Wirkungsweise neuer Präparate bei Blennorrhoe, von H. LOHNSTEIN-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 18.) Verfasser kritisiert zunächst die über Protargol erschienenen Arbeiten in dem Sinne, dafs nirgends erwähnt sei, ob es sich bei den akuten Blennorrhoen, welche mit dem Mittel behandelt wurden, um erste Infektionen gehandelt habe. Soweit die Arbeit des Referenten in Betracht kommt, so kann derselbe versichern, dafs es sich stets um frische Infektionen gehandelt hat, sonst würde er das ausdrücklich erwähnt haben. Auch die Arbeiten der anderen Autoren lassen kaum einen Zweifel darüber, dafs unter akuten Blennorrhoen auch als solche sicher diagnostizierte zu verstehen sind. Übrigens würde doch die hervorragende Leistungsfähigkeit des Mittels nur dadurch um so mehr bestätigt werden, dafs es gelänge, nicht auf Erstinfektion beruhende akute Gonokokkeneiterungen zum Versiegen zu bringen. Die Gonokokken sind in solchen Fällen doch, da sie in den tieferen Schichten der Schleimhaut sitzen, viel schwerer zu vernichten als bei einer frischen Blennorrhoe. Sodann fordert Verfasser, dafs für die Beweisführung der endgültigen

Heilung eine nochmalige spätere Untersuchung resp. Beobachtung nötig sei, die Verfasser selbst in praxi in der Regel nicht für durchführbar hält. Es ist doch wohl berechtigt, von einer Heilung zu sprechen, wenn nach mehrwöchentlichem Verschwinden der Gonokokken trotz schwacher adstringierender Lösungen, trotz Bier- und Weingenufs, trotz Coitus, auch wenn die Injektionen tagelang ausgesetzt waren, eine Vermehrung des vielleicht noch geringen schleimigen Sekretes, bezw. wenn der Ausflufs vollständig versiegt war, ein Wiedererscheinen nicht konstatiert werden konnte, insbesondere aber, wenn auf Grund mehrmaliger Untersuchungen in dem schleimigen Sekret, dem im schlimmsten Falle noch einzelne Leukocyten beigemengt waren, Gonokokken trotz aller Reizungen nicht wieder erschienen waren. Die weiteren Ausführungen des Verfassers lese man im Original. Erwähnt sei, dafs derselbe die Reizlosigkeit des Protargols gleich den anderen Autoren rühmend hervorhebt, auch bei chronischer Blennorrhoe, und dafs er sein Urteil dahin zusammenfafst, dafs bei akuter Blennorrhoe das Protargol wohl das Argentamin und Argonin, nicht aber das Argentum nitricum an Wirksamkeit übertrifft. Letzterem sei es nur in Fällen von besonderer Reizbarkeit (bei gleichzeitiger Syphilis, Tuberkulose etc.) vorzuziehen. In chronischen Fällen sei es dann vorzuziehen, wenn die Harnröhre gleichzeitig einer langdauernden mechanischen und chemischen Einwirkung ausgesetzt werden soll.

A. Straufs-Barmen.

Verschiedenes.

Die venerischen Affektionen und ihre Beziehungen zu den Jahreszeiten, von Gravagna. (*Rif. med.* 1898. No. 186.) Auf Grund einer sich auf mehrere Jahre erstreckenden Statistik kommt Verf. zum Schlusse, dafs die Jahreszeiten weder auf die venerischen Geschwüre noch auf die Blennorrhoe einen Einflufs ausüben und dafs Beobachtungen in diesem letzteren Sinne rein auf Zufall beruhen.

C. Müller-Genf.

Sollen Patienten darüber aufgeklärt werden, dafs sie Carcinom oder Syphilis haben? von C. C. Mapes-Louisville (*New York med. Journ.* 15. Okt. 1898.) Diese so aufserordentlich schwierige Frage, welche nach des Referenten Ansicht im allgemeinen gar nicht zu lösen, sondern blofs individuell von Fall zu Fall zu entscheiden ist, verneint M. für Carcinom, so lange es noch nicht entschieden ist, dafs Krebs direkt übertragbar ist; die nähere Umgebung des Patienten resp. dessen Angehörige sollten jedoch immer genauestens über die Art der Erkrankung informiert werden. Bezüglich der Syphilis steht M. auf dem theoretisch recht anerkennenswerten Standpunkte, dafs immer und in jedem Falle der Patient genaue Aufklärung über sein Leiden erfahren soll, auch wenn er sie gar nicht wünscht und die schlimmsten Ehe- und Familienzerwürfnisse daraus entstehen sollten. Der Arzt begehe ein schuldbares Versäumnis und eine Pflichtvernachlässigung, welcher nicht jeden Patienten, der an übertragbarer Syphilis leidet, auf die Gefahren, welche bei unmittelbarer persönlicher Berührung mit anderen drohen, dringend aufmerksam macht. Damit werden wir wohl alle einverstanden sein, aber die Notwendigkeit, das Wort Syphilis dem Patienten gegenüber immer im Munde zu führen, ist damit nicht verbunden. Aufser der geschlechtlichen Berührung ist Küssen wahrscheinlich die häufigste Quelle syphilitischer Ansteckung und M. mahnt an die schrecklichen Folgen, wenn ein frisch in-

fizierter Vater nicht nur die Gattin, sondern auch die Kinder ansteckt, wenn von von einem durch eine syphilitische Amme infizierten Kinde der Reihe nach Vater, Mutter, Brüder, Schwester durch die Gewohnheit des Küssens angesteckt werden. Ein kräftiges Wörtlein gegen diese letztere wäre hier wohl am Platze. Bezüglich der Syphilis dürfte wohl jeder Arzt sofort nach Erkenntnis der Krankheit auf die Gefahren aufmerksam machen, besonders wenn es sich um extragenitale Formen handelt; bezüglich der Blennorrhoe könnte wohl M. Recht haben, wenn er zu etwas strengerer Beaufsichtigung rät. Wenn die sexuelle Reinheit, welche bei beiden Geschlechtern vorhanden sein sollte, wirklich vorhanden wäre, so würde wenig Wahrscheinlichkeit einer Infektion, wenigstens im ehelichen Leben, mit Blennorrhoe oder Syphilis existieren. Da aber dieser ideale Zustand vorläufig nicht gegeben ist, so glaubt M., daſs durch genaue Aufklärung von Seite des Arztes derselbe wenigstens für die Zukunft angebahnt werden kann. Das groſse Publikum würde so vor dem Wüten zweier Krankheiten, welche sogar in ihren milden Formen schrecklich seien, bewahrt und, während die häusliche Ruhe vorübergehende (?) Störung erleide, das schlieſsliche Resultat sein: eine Besserung der öffentlichen Moral, eine Beschränkung zweier schwerer, ansteckender Krankheiten, Verminderung der Prostitution bei beiden Geschlechtern, Erzeugung gesünderer Kinder und schlieſslich eine Erstarkung des Menschengeschlechts in moralischer und physischer Beziehung. Diese idealen Wünsche des Verfassers dürften wohl vor allem daran scheitern, daſs ein groſser Teil der Syphilis- und Blennorrhoekranken gar nicht oder viel zu spät in sachgemäſse Behandlung kommen (Kurpfuscherunwesen). *Stern-München.*

Die Gefahr des Spezialistentums in der Medizin, von L. Duncan Bulkley-New-York. (*Bull. of the Amer. Acad. of Med.* Vol. III. No. 7.) B. behandelte dieses Thema bei Antritt seiner Präsidentschaft vor der obengenannten Körperschaft, und seine Rede enthält vieles, was auch für unsere Verhältnisse zutreffend und beherzigenswert ist. Selbstverständlich anerkennend, daſs bei der heutigen Ausdehnung der medizinischen Wissenschaft die Teilung in Spezialfächer zur Notwendigkeit und für die Weiterentwickelung nur förderlich geworden ist, erinnert B. doch mit Wehmut an die früheren Zeiten, wo der Arzt lange Jahre allgemeine Praxis getrieben und erst aus dieser heraus sich allmählich irgend einer Spezialität, oft mit gröſstem Erfolge, zugewandt hat. Aber in unserer hastig dahinjagenden Zeit ist dieser Vorgang den meisten zu langsam und anstrengend, und oft schon aus Sucht nach raschem Gewinne wählt mancher von Beginn der Studien an irgend eine Spezialität, ohne sich viel in den übrigen Zweigen der Wissenschaft umzusehen, oder ein anderer läſst sich nach absolviertem Examen in „Kursen“ das Notwendigste einpauken, und damit ist der „Spezialist“ fertig. Daſs von einem Umfassen der allgemeinen und so wichtigen medizinischen Kenntnisse hier nicht die Rede sein kann, braucht wohl kaum hervorgehoben zu werden. Die Mittel und Wege, welche derartige Spezialistenjünger nur zu oft dem Publikum gegenüber zum Praxiserwerb anwenden, sind allgemein bekannt. Mit vollem Recht sagt B., daſs der Arzt nach vielen Jahren Hingebung an ein Spezialfach und nachdem er viele Fälle aus demselben gesehen hat, darin auch ohne die besten vorhergängigen Qualifikationen, d. h. ohne vorher Assistent irgend eines berühmten Professors gewesen zu sein, Hervorragendes wird leisten können. Referent kann sich nicht versagen, diese Worte eines hervorragenden praktischen Arztes und Spezialisten mit den Bestrebungen zu vergleichen, welche in Deutschland so vielseitig nun dahin gerichtet sind, die Ärzte in allgemein praktische und spezialistische zu trennen und für letztere sogar noch eigene Examina einzurichten. Auf dem Wege einer Änderung der Prüfungsordnung, wenn sich dazu die deutsche Ärzteschaft hergiebt, wäre dies wohl zu erreichen, mit einer Standesordnung

nimmermehr! Dieselbe hat doch keinesfalls das Recht, dem Arzte zu nehmen, was er durch seine Approbation erlangt hat, und die individuelle wissenschaftliche Bethätigung des einzelnen, soweit er die Grenzen des Anstandes nicht überschreitet, mit Zwangsmafsregeln zu unterdrücken. Speziell auf die Gefahren des Spezialistentums übergehend, hebt B. hervor, dafs abnorm hohe Forderungen, unnötig lang ausgedehnte Behandlung, ungerechtfertigte Operationen die Kritik des Publikums herausfordern; ferner kommen als Auswüchse noch in Betracht Inserieren in öffentlichen Blättern, Kritisieren anderer Ärzte und ähnliche weitere unsaubere Praktiken. Mit der sehr feinen Unterscheidung zwischen wirklichem Spezialisten und dem Exklusionisten, der nur seinen eigenen Zweig der Wissenschaft kennt, und dem Wunsche, dafs nicht nur die Akademie, sondern alle medizinischen Körperschaften die Hebung des Standes sich angelegen sein liefsen, schliefst B. seine lesenswerte Abhandlung.

Stern-München.

Experimentelle Untersuchungen über Desinfektion im Gewebe tierischer Organe, von M. Blumberg. (*Zeitschr. f. Hyg.* 27. Bd. 1898.) Die nach Schaefferscher Weise unternommenen Versuche zur Prüfung der desinfizierenden Mittel ergaben folgende Resultate: 1. Die mit den bisher üblichen Desinfektionsmethoden erhobenen Resultate lassen sich auf die praktischen Verhältnisse nicht direkt übertragen, sobald es sich um ein Desinficiens handelt, das seine Wirksamkeit im Gewebe entfalten soll, da die chemische Umsetzung, die das Medikament im Organismus erleidet, sowie die Tiefenwirkung zu wenig berücksichtigt werden. 2. Zur Beseitigung dieser Fehlerquellen ist es empfehlenswert, die Desinfektionsprüfung an Organstücken, die von Mikroorganismen reichlich durchsetzt sind, vorzunehmen, weil hierbei die chemische Umsetzung im Gewebe und die Tiefenwirkung des Medikaments nicht vernachlässigt werden (Milzen von weifsen Mäusen, die mit Milzbrand oder Tetragenus geimpft werden). 3. Bei dieser Versuchsanordnung zeigt sich, dafs die Silbersalze im Gewebe dem Sublimat sehr überlegen sind, da dieses im Gewebe durch chemische Umsetzung ganz erheblich an Desinfektionskraft verliert. Bei Zusatz von Kochsalz zu Sublimat, sowie bei Hydrargyrum oxycyanatum ist dies viel weniger der Fall. 4. Unter den Silbersalzen haben sich bei der Versuchsanordnung mit bakterienhaltigen Gewebsstücken Argentamin, Aktol und Itrol als die besten erwiesen; sie zeigten sich dem Argentum nitricum und Argonin überlegen. 4. Die Phenole (Karbol und die Kresole) behielten im organischen Gewebe eine sehr hohe Desinfektionskraft bei.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Rachitis mit Knochenhautblutungen und Nierenblutung, von Johannes Seitz (*Correspondensbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1898. No. 22.) Ein zehn Monate altes Kind zeigt rachitische Erscheinungen; dazu gesellen sich subperiostale Blutungen der Orbita, später des linken Oberschenkels, Nierenblutungen, sehr heftige Schmerzen, wechselndes Fieber, Kachexie. Fieber blieb noch nach Heilung an Knochen und Nieren zurück. Das Kind kam auf das äufserste herunter, genas aber schliefslich. — Hautblutungen, Gingivitis, Milzschwellung traten nicht auf. Zweifellos erinnert der Fall sehr an die Barlowsche Krankheit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. №. 4. 15. Februar 1899.

Das Lepra-Hospital zu Pelantoengan.

Bericht über das Jahr 1897

von

Dr. J. F. Müller,
dirigierendem Ober-Stabsarzt.

Am 1. Januar 1897 waren unter Behandlung 16 Europäer, Kreolen und Mischlinge, 4 Ambonesen und 17 Javanesen.

Während dieses Jahres sind in Behandlung gekommen: 6 Europäer, Kreolen und Mischlinge, 3 Ambonesen und 39 Javanesen.

Auf ihr Ersuchen wurden entlassen: 1 Europäer, 2 Ambonesen, 34 Javanesen. Es starben 1 Europäer, 1 Javanese.

Am 1. Januar 1898 befinden sich unter Behandlung 20 Europäer, Kreolen und Mischlinge, 5 Ambonesen und 21 Javanesen.

Die Total-Behandlungsziffer während 1897 (restant am 1. Januar mit den in diesem Jahre unter Behandlung gekommenen Kranken) ist also 85.

Von diesen 85 sind 62 männlichen und 23 weiblichen Geschlechts.

Nach dem Alter geordnet:

von	1—10	Jahren	 0
„	11—20	„	 19
„	21—30	„	 24
„	31—40	„	 22
„	41—50	„	 13
„	51—60	„	 7

Die Zeit, während welcher sie in dem Leprahospital verpflegt wurden, variiert von 21 Jahren bis ½ Jahr.

Bei diesen Leprakranken wurden die ersten Erscheinungen von Lepra wahrgenommen im Lebensalter von:

1—10	Jahren	bei	21
11—20	„	„	33
21—30	„	„	22
31—40	„	„	7
41—50	„	„	2

Von 1889 ab gerechnet, als diese statistischen Aufzeichnungen begannen, erhalte ich die folgenden Ziffern:

Erste Erscheinungen beobachtet im Lebensalter von:

1—10 Jahren 41 = 25 %
11—20 „ 65 = 39,5 %
21—30 „ 41 = 25 %
31—40 „ 12 = 7,4 %
41—50 „ 3 = 1,8 %
51—60 „ 2 = 1,3 %

Hieraus ist deutlich ersichtlich, daſs das jüngere Lebensalter für diese Krankheit mehr prädisponiert als das reifere Alter.

In Betreff der Formen von Lepra finden wir für die Total-Behandlungsziffer folgende Tabelle:

Form der Lepra	Europäer, Kreolen und Mischlinge			Ambonesen			Javanesen		
	M.	Fr.	K.	M.	Fr.	K.	M.	Fr.	K.
Lepra tuberosa	—	—	—	1	—	—	1	—	—
„ anaesthetica	14	6	—	6	—	—	38	15	2
„ maculosa	1	—	1	—	—	—	—	—	—
1. Total:	15	6	1	7	—	—	39	15	2
2. Total:	22			7			56		

Obschon häufiger kein deutlicher Unterschied gemacht werden kann zwischen den drei Formen, habe ich der Bequemlichkeit halber diese Nomenklatur gehandhabt.

Die Lepra tuberosa ist immer begleitet von Gefühlsstörungen. Die Vasomotoren litten stets dabei und gaben Anlaſs zu trophischen Störungen.

Bei der Lepra anaesthetica kamen wenig vasomotorische Störungen vor, aber desto mehr trophische, während natürlich die Gefühlsstörungen die Hauptrolle spielten.

Bei der Lepra maculosa wurden stets circumscripte Gefühlsstörungen gespürt auf den ergriffenen Teilen und Parästhesien in verschiedenen der ergriffenen Körperteile.

Von den neu zugekommenen Krankheitsfällen von Javanesen ist mit dem besten Willen keine genaue Anamnese festzustellen. Ich will deshalb nur die vier in diesem Jahre hinzugekommenen Europäer, die hier früher noch nicht behandelt wurden, näher besprechen.

Fall 1. N., 25 Jahre alt, geboren zu Batavia. Vater und Mutter beide Vollblut-Europäer. Eltern litten nicht an Lepra. Mutter tuberkulös. Groſseltern litten auch nicht an Lepra. Patient hat sechs Geschwister, wovon keines an Lepra leidet.

Als Kind litt Patient an einer Brustkrankheit mit viel Husten und Auswurf.

In seinem 17. Jahre begann die Krankheit mit Gefühllosigkeit in der rechten Wade und Abmagerung derselben. Im 20. Jahre bekam Patient Flecken, zuerst an dem Oberteile des rechten Unterarmes. Danach breiteten sich die Flecken über den ganzen Körper aus. Im 23. Jahre bekam Patient Belästigungen von verstopfter, trockener Nase und es begannen die Ohrläppchen zu schwellen, es zeigten sich Knoten im Gesicht und die Augenbrauen begannen auszufallen. Danach verminderte sich die Kraft der beiden Hände, dieselben blieben jedoch gut streckbar.

Im 20. Jahre stellte Patient sich unter Behandlung; sein Arzt teilte ihm mit, daſs er an Lepra litte. — Erfolg der Behandlung null.

Die folgenden zwei Jahre Behandlung von Dr. A. geschah mit Einspritzungen von Tuberkulin, auch mit äuſseren Mitteln, Salben etc. Patient erklärt, unter dieser Behandlung stark zurückgegangen zu sein. Die Anschwellungen nahmen zu, die Augenbrauen fielen vollständig aus. — Danach hat Patient während eines Jahres kein einziges Medikament gebraucht. In diesem Jahre blieb die Krankheit unverändert.

Im April 1897 wurde Patient hier aufgenommen.

Status praesens. Ziemlich gut entwickeltes Individuum mit aufrechter Haltung, Knochen und Muskeln müssen früher gut entwickelt gewesen sein; nun aber besteht Atrophie der meisten Muskeln, namentlich der Extremitäten und am stärksten von den Interossei und den Ballen vom kleinen Finger und Daumen.

Die Haut ist auſsergewöhnlich dunkel, was vom Patienten einer Salbe zugeschrieben wird, welche aus Karbolsäure und Jod bestand, womit er seit längerer Zeit seinen ganzen Körper einreiben muſste. Europhensalbe wurde nur zwei Wochen gebraucht, Dermatolsalbe wurde lange eingerieben.

Facialis normal, kann gut mit dem Munde pfeifen etc.

Die Lider sind geschwollen, die Wimpern verschwunden, ebenso die Augenbrauen, einige gröſsere Blutgefäſse in der Conjunctiva bulbi und leichte Conjunctivitis palpebrarum; Gehör, Geruch, Geschmack und Gesicht sind normal, die Pupillen reagieren gut.

Die inneren Organe funktionieren gut. Auſser einzelnen Ronchi ist bei den physischen Untersuchungen nichts zu konstatieren.

Kniereflexe normal. Plantarreflexe fehlen.

Alle Bewegungen werden gut ausgeführt, obschon weniger kräftig als früher.

Die Hände können noch gut gebogen und gestreckt werden; die Finger lassen sich spreizen, der kleine Finger bleibt an beiden Händen zurück.

Die Zehen können nicht mehr gespreizt werden.

Die Nägel von Händen und Füſsen sind atrophiert und nach innen gebogen.

Parästhesien, die Patient im Beginn der Krankheit belästigten, bestanden jetzt nicht mehr, nur ist die Haut des Patienten sehr empfindlich gegen Kälte.

Auf der Rückseite der linken Hand und ebenso der ersten Phalangen von Zeige-, Mittel- und Ringfinger ist Gefühllosigkeit, die letzten Phalangen haben Gefühl; der Daumen fühlt normal, der kleine Finger ist gefühllos. Dasselbe findet man an der rechten Hand.

Die Volarseite der linken Hand hat Gefühl, auſser dem kleinen Finger und dem Metatarsalgebiet.

An der Volarseite der rechten Hand ist der kleine Finger und Ringfinger bereits gefühllos, das übrige ist normal. An der Beugeseite der Unterarme ist das Gefühl normal, an der Streckseite verringert. Ebenso an den Oberarmen.

Auf den Schulterblättern sind die Gefühlsempfindungen stark gestört. — Rücken, Brust und Bauch zeigen normale Gefühlsempfindungen. — An den unteren Extremitäten ist überall Gefühl vorhanden, auſser an der äuſseren Streckseite. Die Füſse fühlen beinahe nichts mehr, dagegen sind Empfindungen für Wärme und Kälte geblieben.

Patient hatte hier mehrere Male Fieber, welches stets mit einer Anästhesie der Hände begann. Dieses Fieber reagierte nicht auf Chinin oder Antipyretica, verschwand aber sofort bei einer Medikation von Chinosol, 1 g pro die.

Patient kann sich nicht erinnern, jemals mit Leprakranken umgegangen zu sein. Er blieb von seinem 5.—15. Jahre im Waisenhause zu Samarang und war dann zwei Jahre auf einem Regierungsbureau, wo er mit javanesischem Schiffsvolk aus allen Teilen des chinesischen Archipels in Berührung kam.

Dieser Fall begann also als typische Lepra anaesthetica. Sehr schnell nachdem Patient die Gefühlsstörungen bemerkt hatte, traten die trophischen Störungen ein (starke Abmagerung von beinahe allen Muskeln und den Extremitäten und Hypertrophie der Unterhautzellgewebe des Gesichts und der Finger). Bemerkenswert ist die Angabe des Patienten (eine Meinung, die ich wiederholt bei vielen Leprakranken fand und die die Anwendung einer energischen Medikation sehr erschwert), daſs gerade unter der Medikation sein Leiden stark zugenommen hätte, während seine Krankheit vor dieser Zeit stationär gewesen wäre. Jedenfalls muſs dieses zum Teil nur mangelhafter Beobachtung zugeschrieben werden, aber es ist doch nicht zu leugnen, daſs reizende äuſsere Mittel bei Lepra keine Verbesserung, aber Verschlimmerung veranlassen. Häufig hörte ich auch von meinen Kranken die Meinung, daſs ihre Lepra erst feucht geworden sei nach einer medikamentösen Behandlung; unter feucht wurden von ihnen die hypertrophischen Störungen verstanden, die bei Lepra tuberosa und anaesthetica so stark auftreten.

Fall 2. C., 33 Jahre alt, geboren zu Batavia. Vater Vollblut-Europäer, Mutter javanesische Christenfrau. Die Eltern litten nicht an Lepra, ebenso die Groſseltern. Hat keine Geschwister.

Litt als Kind von 10—11 Jahren an Ausschlag auf dem Kopfe. — Kam mit 18 Jahren in Militärdienst. Litt an Beri-Beri und Syphilis im Jahre 1885.

1891 entlassen. Im J. 1892, nachdem er etwa acht Monate auf dem Kirchhofe zu Buitenzorg gearbeitet hatte, bekam Patient Fiebererscheinungen, Atembeschwerden, Appetitlosigkeit, Husten und Blutspeien. Dieses dauerte etwa vier Monate, in welcher Zeit er sich selbst mit inländischen Medizinen behandelte. Am Ende von 1893 merkte Patient, daſs sein Körper mit Flecken bedeckt war und zwar auf dem Rücken und der Rückfläche seiner Schenkel. Diese Flecken waren blaſsgelb und wenn er warm wurde, wurden sie röter. Langsam verbreiteten sie sich über den ganzen Körper.

1895 arbeitete er als Aufseher über Schmiede zu Tandjonk-Prick. Er acquirierte damals ein Geschwür, das in zehn Tagen unter Jodoformbehandlung vollständig verschwand. Kurz danach begannen die Ohrläppchen zu schwellen und es zeigte sich eine Schwellung der Nase und des Gesichts von einer blauvioletten Farbe. Zu gleicher Zeit litt er an einer trockenen, verstopften Nase. Er meldete sich krank in Buitenzorg und wurde da in das Hospital aufgenommen, da er wieder Schanker acquiriert hatte. Dann konstatierte der Arzt Lepra und wurde er im Jahre 1897 nach hier expediert.

Status praesens. Gut entwickeltes Individuum mit aufrechter Haltung; Knochen und Muskeln stark entwickelt. Die Haut ist ziemlich dunkel, hauptsächlich auf Rücken und Schenkel befanden sich runde, schmutzig gelbgraue Flecken, solche Flecken sind auch auf den Extremitäten, dort etwas dunkler. Facialis normal. Die Augenlider geschwollen. Wimpern normal, die Brauen zur Hälfte (nach auſsen zu)

ausgefallen. Augen normal. Ohrläppchen geschwollen. Die Haut auf und unter dem Jochknochen ist geschwollen. (Facies leonina, obschon nicht stark.) Gehör, Geruch, Geschmack, Gesicht normal. Pupillen reagieren gut. Observatio pulmonum negativ, außer einigen Ronchi. Observatio cordis: Beschleunigte und verstärkte Herzbewegung nach der Beri Beri. Kniereflexe und Plantarreflexe normal.

Alle Bewegungen werden gut ausgeführt. Nägel an Händen und Füßen normal.

Parästhesien am Rücken, Schenkel und der Streckseite der oberen Extremitäten.

Das Platzgefühl ist über den ganzen Körper erhalten, auf den Flecken aber sehr vermindert. Das Septum nasi ist geschwollen; in der Mitte ein kleines Geschwür an beiden Seiten.

Patient wird hier behandelt mit Unguentum cinereum auswendig auf dem Schanker, welcher noch vorhanden war, als er hier eingeliefert wurde.

Auch wurde wegen des Auftretens luetischer Ulcera in der Kehle eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet.

Die Erscheinungen von Lues beginnen zu verschwinden. Seine Lepra ist im Augenblick stationär.

Das primäre Auftreten von Flecken, die geringen circumscripten Gefühlsstörungen und die Parästhesien stempeln diesen Fall zu Lepra maculosa.

Die Komplikation mit Syphilis, die ziemlich häufig vorkommt, wird im Beginn die Differentialdiagnose sehr erschwert haben.

Fall 3. H., 17 Jahre alt, geboren zu Cheribon. Vater und Mutter waren Mischlinge. Der Vater litt nicht an Lepra, die Mutter ist an dieser Krankheit gestorben. Die Großeltern litten nicht an dieser Krankheit. Er hat fünt Geschwister gehabt, wovon zwei Schwestern an nasser Lepra starben und ein Bruder an Krämpfen.

War als Kind niemals krank, bis in seinem 9. Jahre Verkrümmung der Finger eintrat mit Atrophie der Handmuskeln. Ein Prodromalstadium ist nicht vorausgegangen. Die Krankheit hat einen sehr schleichenden Charakter. Erst nach vier Jahren bekam Patient tiefe, perforierende Ulcerationen an beiden Fußsohlen, nachdem er auf bloßen Füßen auf der Jagd gewesen war.

Einige Zeit vorher hatte er Gefühlsstörungen bemerkt an Händen und Füßen; auch litt er häufig an trockener, verstopfter Nase. Nach der Behandlung heilten die Geschwüre vollständig, recidivierten aber sehr bald. — Patient ging damals immer auf bloßen Füßen.

Endlich im Juli 1897 wurde er hierher gebracht aus dem Hospital zu Samarang. Seine Geschwüre bestanden noch.

Status praesens. Ziemlich gut gebautes Individuum. Knochen und Muskeln gut entwickelt, nur der Brustkasten ist etwas flach. Weder im Gesicht noch an den übrigen Körperteilen sind trophische Störungen vorhanden, ausgenommen an Händen und Füßen. Flecken werden nirgends angetroffen. Die Interossei sind sehr abgemagert an beiden Händen, auch der Ballen vom kleinen Finger und Daumen, hauptsächlich der vom kleinen Finger, welcher beinahe verschwunden ist.

Der kleine Finger und Ringfinger der rechten Hand sind in starker Flexion, können nicht gestreckt werden. Der Mittelfinger macht in dem zweiten Gliede einen stumpfen Winkel; der Zeigefinger und Daumen sind gut. Der kleine Finger der linken Hand ist in starker Flexion, der Ringfinger weniger, die übrigen Finger können noch gut gestreckt werden.

An dem rechten Fuße können die Zehen nicht mehr bewegt werden. Auch ist da ein abnormer Stand der großen und mittelsten Zehe (sie sind einander zugebogen).

An dem linken Fuſse können die Zehen noch bewegt werden, stehen aber an beiden Füſsen in Flexion. Die Nägel sind ziemlich normal.

Die Gefühlsstörungen beschränken sich auf die trophisch veränderten Teile, sodaſs auf Stellen, wo die stärkste Atrophie herrscht ebenso die stärkste Gefühlsstörung gefunden wird. Facialis nicht gestört. Wimpern und Brauen normal. Ohrläppchen nicht geschwollen. Gehör, Geruch, Geschmack und Sehvermögen normal. Septum nasi normal. Ebenso die Reaktion der Pupillen. Die Reflexe sind normal, auſser an den Fuſssohlen, die gefühllos sind. Innere Organe normal. Keine Parästhesien, wohl aber Neuralgien in den unteren Extremitäten. Die Geschwüre des Patienten wurden bisher äuſserlich behandelt, abwechselnd mit Unguentum cinereum und Sublimat (Priessnitz). Im letzten Monat wurden sie behandelt mit Chinosol als Streupulver und auch als Unguentum chinosoli, und wurde damit ein sehr gutes Resultat erzielt. Früher 2—2½ cm tief, sind die Geschwüre gegenwärtig nur oberflächliche und gut granulierende Wunden geworden, die in kurzer Zeit geheilt sein werden.

Die normalen, oberflächlichen Gesichtsmuskeln, der nicht gestörte Haarwuchs, das Nichtvorhandensein von Flecken und die geringen Gefühlsstörungen sollten in diesem Falle für Syringomyelie sprechen. Die nicht abweichende Wirbelsäule (aufrechte Haltung) und die Verminderung des Tastgefühls sprechen aber für Lepra; ebenso die Ulcera perforantia an den Füſsen, in casu für Lepra anaesthetica. Dieser Fall ist sehr übereinstimmend mit einem im Jahresbericht von 1891 beschriebenen, bei dem damals die Diagnose nicht mit Sicherheit zu stellen war. Dieser Patient aber kam im Jahre 1896 wieder unter Behandlung und zeigte dann ganz deutlich das Bild von Lepra anaesthetica.

Unser letzter Fall würde ebensogut in das Beweismaterial der Befürworter von Heredität als in das der Befürworter von Infektion passen. Die Mutter war leprös, als Patient noch ein sehr kleines Kind war. Ein inniger Umgang miteinander war also vorhanden.

Fall 4. C., 16 Jahre alt, geboren zu Buitenzorg. Vater unbekannt; Mutter Mischling, litt nicht an Lepra. Groſsmutter auch nicht. Von anderen Familienmitgliedern nichts bekannt.

Patient hat sieben Geschwister, von denen keines an Lepra leidet. Er litt als Kind an Pocken und wurde in seinem 12. Jahre durch einen Hund gebissen. Diese Wunde heilte schlecht. Es dauerte länger als ein Jahr, ehe sie geschlossen war.

In seinem 15. Jahre bekam Patient schwere Fieber mit schmerzhaften und steifen Beinen, danach zeigte sich leichte Schwellung des Gesichtes; die Haut desselben wurde dunkler. Auch schwollen die Finger von beiden Händen etwas an.

Der betreffende Arzt konstatierte damals Lepra. Das Gefühl war überall gut, ausgenommen an der Ulnarseite des linken Unterarmes. Auch litt er damals an trockener, verstopfter Nase. Im August 1897 wurde er hier aufgenommen.

Status praesens. Für sein Lebensalter wenig entwickeltes Individuum; Körperbau jedoch gut. Die Extremitäten sind mager (nach Angabe abgemagert). Die Haut ist überall gleichmäſsig dunkel gefärbt, ausgenommen auf der Brust, wo sie unter der Clavicula und auf dem Sternum von einer viel helleren Farbe ist. Facialis normal, kann gut pfeifen etc. Augenlider geschwollen, ebenso die Augenbrauenbogen. Die Augenbrauen sind zur Hälfte (nach auſsen zu) ausgefallen, die Augen normal. Die Ohrläppchen geschwollen. Gehör, Geruch, Geschmack und Sehvermögen normal, Pu-

pillenreaktion gut. Die inneren Organe funktionieren normal, ausgenommen einige Ronchi; bei der physischen Untersuchung nichts Abnormales zu konstatieren.

Knie- und Plantarreflexe normal. Alle Bewegungen können gut ausgeführt werden, obschon weniger kräftig als früher. Die Finger können gut gebogen, gestreckt und gespreizt werden. Die Zehen machen alle Bewegungen, obgleich beschränkt. Parästhesien und Neuralgien in den Beinen. Das Ortsgefühl am Kopf, Rumpf und oberen Extremitäten ist normal. — Nur an der Ulnarseite des linken Unterarmes wird kein Schmerz gefühlt. Die unteren Extremitäten fühlen gut, ebenso die Füße.

Patient kann sich nicht erinnern, jemals mit Leprösen umgegangen zu sein. Außer an Lepra litt er in leichtem Grade an Aphtae tropicae und adenoiden Vegetationen. Septum nasi geschwollen und rot, auch die Conchae; nach Behandlung mit Chinosol normal.

Auch dieses ist also wieder ein deutlicher Fall von Lepra anaesthetica.

Nun ein paar Worte über einen in diesem Jahre verstorbenen javanischen Kranken.

M., aus Pelantoengan, war als Kind immer gesund. Seine Eltern litten nicht an Lepra. Auch war kein Leprafall in seiner Familie. Im Jahre 1889 und 90 arbeitete er als Gärtner bei dem chinesischen Pächter allhier längere Zeit auf einem Stück Land, wo früher Leprabaracken gestanden hatten. Der Boden von diesen Baracken bestand aus festgestampfter Erde, ohne andere Bedeckung. Während er da arbeitete, hatte er einige Male Wunden an seinen Füßen. Er begann im Jahre 1890 zu kränkeln mit Fieber, das keiner einzigen Behandlung weichen wollte.

Er begab sich dann nach seinem Dorfe zurück, wo er längere Zeit blieb. Im Jahre 1891 stellte er sich wieder unter Behandlung, wobei festgestellt wurde, daß er an Lepra tuberosa litt. Er wurde nun in das Leprahospital aufgenommen. Mit der Zeit nahm seine Krankheit die mutilierende Form an und er verlor die meisten Phalangen von Händen und Füßen. Ende des Jahres 1896 begann er zu husten und sehrte ersichtlich aus. Aus dem kleinen Vorrat Chinosol wurde ihm 1 g pro die gegeben in verteilten Gaben. Obschon dadurch das Fieber wich und der Husten aufhörte, war Patient doch schon zu stark geschwächt und starb kurze Zeit danach.

Die Sputa enthielten keine Tuberkelbacillen; also scheint sein Leiden typische Lungenlepra gewesen zu sein.

— Ein javanischer Patient W. wurde im Mai 1897 als fieberkrank aufgenommen. Dieses Fieber wurde durch keine Behandlungsweise vermindert; Chinin, Antipyretica, Salicyl, Liquor Fowleri wurden ohne Erfolg angewandt.

Nach einiger Zeit frappierte mich das geschwollene und verfärbte Gesicht dieses Kranken. Bei genauerer Untersuchung wurden Gefühlsstörungen und Nervenverdickungen konstatiert. Durch Erkundigungen wurde festgestellt, daß auch dieser Patient aus der Umgegend gebürtig sei und ebenfalls auf demselben Stück Land längere Zeit gearbeitet hatte. Die Anschwellung blieb bestehen, das Fieber verschwand und der Mann mußte auf sein Ersuchen entlassen werden.

Danach ist er in einen anderen Bezirk gezogen, sodaß ich ihn nicht habe observieren können.

Diese beiden Fälle stehen beinahe auf derselben Linie mit denen von Ortmann, der inokulative Lepra übertrug.

Es scheint, daß der Leprabacillus unter günstigen Verhältnissen, z. B. in feuchter Kulturerde, sehr lange am Leben bleibt und seine Virulenz behält.

Ein eigentümlicher Fall von Lepra unter der Form von MORVANscher Krankheit kam im Dezember unter Behandlung.

Vor ungefähr einem Monat entwickelte sich bei dem Javanen R. an dem Mittelfinger der rechten Hand ein sich über den ganzen Finger ausbreitendes, aber nicht schmerzhaftes Panaritium. Inländische Medizin, die er darauf anwandte, verschlimmerte das Übel. Seit fünf Tagen hier aufgenommen, wurde er mit Chinosolumschlägen behandelt, wodurch eine große Verbesserung eintrat, sodaſs es wohl noch möglich ist, den Finger, obschon mutiliert, zu erhalten.

In dem Gebiet des rechten Nervus cubitalis besteht Anästhesie; auch sind Verdickungen des Cubitalis vorhanden. Die übrigen Finger können gut bewegt werden, obschon die Kraft abgenommen hat und sie sehr abgemagert sind.

— Bei einer seit dem Jahre 1887 verpflegten europäischen Kranken hat sich die Erscheinung gezeigt, die durch EHLERS „Le sillon ainhumoide“ genannt wird, und zwar rund um die Basalfläche des Daumens .der bereits stark mutilierten rechten Hand. Um diesen Daumen läuft eine sehr tiefe cirkuläre Grube bis auf den Knochen der Basalphalanx durchdringend. Diese Wunde wird das Abfallen des Daumens zur Folge haben.

Andere bemerkenswerte Krankheitsfälle kamen dieses Jahr nicht vor. Von dem Personal wurde niemand von Lepra ergriffen.

Die erfolgte Medikation war anfänglich die im vorigen Jahre bestehende, bis ich im August in den Besitz einer kleinen Menge Chinosol kam, $C_9H_6NOSO_3K$, oxychinolinsulfosaures Kalium, auch wohl Oxychinolin-Alaun genannt, welches durch beinahe alle Ärzte, die seit 1896 damit experimentieren, sehr gerühmt wird. Dieses Chinosol wurde mir von der chemischen Fabrik Franz Fritzsche & Co. in Hamburg geschickt.

Auf Ersuchen des Fabrikanten Dr. LEOPOLD OSTERMANN, der früher in Java war, habe ich das Mittel dann bei Lepra sowohl äuſserlich als innerlich angewendet. Von dem freundlichen Anerbieten des Fabrikanten, mir, wenn meine Versuche ein günstiges Resultat hätten, ein gröſseres Quantum zu senden, habe ich Gebrauch gemacht. Mich hier nur auf Lepra beschränkend — ich wendete das Mittel auch noch gegen andere Krankheiten an — kann ich es als sehr wirksam empfehlen.

Abgesehen davon, daſs viele torpide lepröse Ulcerationen dadurch schnell geheilt wurden, hatte ich bei Fieberanfällen, die im Verlauf der Krankheit auftraten und die anderen Fiebermitteln nicht weichen wollten, von Chinosol innerlich 1 g pro die in verteilten Gaben ein beinahe augenblickliches Resultat. Bei zwei Patienten mit Lungenlepra half das Mittel ebenso.

Bei der einen Patientin verschwanden alle Klagen über die Brust. Der andere war der bereits besprochene Javane M., der, wie ich das Mittel empfing, bereits zu sehr zurückgekommen war und dann auch starb, obschon ein günstiger Einfluſs auf sein Lungenleiden zu konstatieren war.

Resultate über die Europhenbehandlung können noch nicht mitgeteilt werden, da ich das Mittel erst zu kurze Zeit angewendet habe.

Pelantoengan (Niederl.-Indien), den 31. Dezember 1897.

Über die Prostitution, speziell in Dresden.

Referat, erstattet im ärztlichen Bezirksverein Dresden-Stadt am 16. November 1897

von

Dr. med. WERTHER.

Für das menschliche Handeln sind die mächtigsten Triebfedern im Erwerb und im Geschlechtsleben zu suchen. Den Erwerb regeln und lenken in richtige Bahnen zahlreiche Einrichtungen und Gesetze. Die Regelung des Geschlechtslebens beschränkt sich fast ausschliefslich auf die Bestimmungen über die Ehe. Diese genügt aber heute nicht mehr dem geschlechtlichen Bedürfnisse der Menschheit. Die Formen des aufserehelichen Geschlechtsverkehrs bedingen arge Übelstände. Schon die Rücksicht auf die geschlechtlichen Krankheiten sollte allein hinreichen, alle kleinlichen Bedenken bei Seite zu setzen und eine staatliche Regelung auf diesem Gebiete zu bewerkstelligen.

Wir sind aber in Deutschland, im besonderen in Dresden weit davon entfernt. Was auf diesem Gebiete in der Neuzeit geschieht, zielt darauf hin, die Sache gehen zu lassen, wie es Gott gefällt.

Die neuere Geschichte der Regelung der Prostitution in Dresden ist kurz folgende:

1853 ging die Handhabung der Sittenpolizei auf die Polizeidirektion über. Es bestanden zu dieser Zeit eine Anzahl Bordelle und ein Regulativ für Kuppler, nämlich die Personen, welche aus dem Vermieten an Prostituierte ein Gewerbe machten. Dieses Regulativ sollte die Auswüchse des Prostitutionswesens beschneiden. 1871 nach Inkrafttreten des Reichs-Straf-Gesetzbuches, welches nach § 180 die Kuppelei unter allen Umständen unter Strafe stellte, mufste dieses Regulativ und die Konzessionierung von Bordellen wegfallen.

Es blieben aber solche Häuser unter ausdrücklicher Billigung der damaligen Königl. Kreisdirektion bestehen, welche ganz besonders eine Dispersion der Prostituierten in der Stadt nicht wünschte. Die Dirnen standen nun im Verhältnis von Aftermieterinnen zu ihren Wirten. Irgendwelche Garantie, dafs sie bei erstatteter Anzeige auf Grund von § 180 nicht zur Verantwortung gezogen wurden, hatten diese Wirte nicht. Dieser Modus suchte sich der neuen Strafgesetzgebung anzubequemen. Daneben hatte die Polizeidirektion das Prinzip, die Prostitution — da sie nicht abzuschaffen sei — doch wenigstens so einzuschränken, dafs sie nach aufsen hin möglichst wenig Aufsehen machte und Ärgernis gäbe. Dresden nahm infolge dieser Bemühungen — wenigstens bis 1888 — unter den grofsen Städten Deutschlands im Hinblick auf öffentliche Sitte mit den ersten Rang ein.

1888 beantragte eine Anzahl von Bewohnern der Zahnsgasse bei der Polizeidirektion, dafs einer Hausbesitzerin an der Zahnsgasse das Vermieten an Prostituierte untersagt werden möge. Nachdem sie von der Polizeidirektion und der Kreishauptmannschaft abgewiesen worden waren, wandten sie sich an das Ministerium des Innern. Das letztere eröffnete danach der Polizeidirektion mittelst Verordnung vom 20. Juli 1888, die anderweite Regelung der Prostitution in Erwägung zu ziehen und zwar gemäfs der Bestrebungen des Vereins zur Bekämpfung der öffentlichen Unsittlichkeit, zu erwägen, ob Bordelle nicht unter allen Umständen zu verhindern

seien, weil sie die Prostitution als ein staatlich organisiertes Gewerbe und überhaupt das Laster in mildem Lichte erscheinen ließsen, weil sie durch Erleichterung der Gelegenheit für jüngere Leute verderblich wären. Man ließs durchblicken, daſs es zu wünschen wäre, die Prostitution als solche überhaupt zu ignorieren und nur die Verstöſse gegen den öffentlichen Anstand und Übertretungen etc. zu bestrafen.

Hierzu erstattete nun die Königl. Polizeidirektion einen Bericht, in dem sie zunächst die Vorteile der Bordelle erörterte.

Als solche wurden aufgeführt:

1. Die Bordellprostituierten stören nicht die öffentliche Ordnung. Die Überwachung derselben ist für die Polizeibeamten durch das gemeinsame Wohnen erleichtert. Die Wirte haben eine gewisse Zucht über die Prostituierten.

2. Das Gift der gewerbsmäſsigen Unsittlichkeit wird von den Familien der Unbemittelten ferngehalten, die bei Aufhebung der Bordelle Unterkunft gewähren. Die Verführung und das böse Beispiel wird der weiblichen Jugend aus den niederen Ständen bei gröſserer Dispersion der Prostituierten viel näher gerückt.

3. Das Louistum, eine gefährliche Menschenklasse von sittlich verkommenen und arbeitsscheuen Menschen, wächst, je mehr die Prostituierten allein wohnen.

Dagegen wurden als Nachteile der Bordelle aufgeführt:

1. Die Beibehaltung der Bordelle verträgt sich nicht mit der gerechten Handhabung der Gesetze (§ 180);
   a) einen Kuppler bestrafen, die Stätte seines Gewerbes nicht aufheben, ist sinnlos;
   b) den einen, der vielleicht aus Rache angezeigt worden, bestrafen und viele andere, die nicht angezeigt wurden, straflos lassen, ist ungerecht.

2. Die in Bordellen gehaltenen Mädchen werden an Leib und Seele zu Grunde gerichtet und können aus Bordellen schwer loskommen infolge der Ausbeutung durch die Wirte.

3. Der Menschenhandel, gegen den die Polizei machtlos ist, hängt mit den Bordellen zusammen.

4. Die Ansteckung durch Syphilis ist nicht in den Bordellen vermindert. Dafür spreche der Umstand, daſs in dem Jahrgang September 1887—1888
unter 200 Bordelldirnen 111 geschlechtskranke,
„ 260 Freiwohnenden 100 „
gefunden wurden.

Ob Vermehrung von Onanie und Päderastie durch Erschwerung der Gelegenheit zum auſserehelichen Beischlaf eintreten werde, läſst die Polizeidirektion dahingestellt sein. Die Zahl der sogen. Verhältnisse würde sicher zunehmen.

Das Ministerium des Innern entschied, daſs die Rücksichten auf Moral und Gesetzlichkeit gegen diejenige der polizeilichen Zweckmäſsigkeit als die überwiegenden anzusehen seien. Demgemäſs wurden in Dresden die Bordelle im Jahre 1889 allmählich evakuiert. Den übrigen Kreishauptmannschaften stellte man am 30. Oktober 1888 anheim, entsprechende Verfügungen zu erlassen. Vom Polizeiamt zu Chemnitz, welches eine städtische Behörde ist, wurden Vorstellungen dagegen erhoben. Am 29. März 1889 erwiderte das Ministerium in obigem Sinne und sagte am Schlusse: „Ein abschlieſsendes Urteil wird erst die Erfahrung ermöglichen. Ungünstige Erfahrungen, welche vielleicht in einzelnen europäischen Groſsstädten gemacht wurden, können nicht ohne weiteres abschrecken, da es Städte von solcher Gröſse in Sachsen nicht giebt.“

In Chemnitz blieben die Verhältnisse, wie sie waren. In Dresden wurden die Bordelle bis zum 1. Januar 1890 allmählich evakuiert; die reichsausländischen Mädchen wurden ausgewiesen. 1888 waren 470 eingeschrieben; 1890 nur 294. Von den polizei-

lichen Maſsregeln sei nur erwähnt, daſs die Eingeschriebenen alle 14 Tage in der üblichen Weise untersucht wurden.

Im Juni 1894 machte die Kommandantur darauf aufmerksam, daſs die groſse Zahl der geschlechtskranken Soldaten der Garnison schärfere Maſsregeln in der Überwachung der Prostituierten wünschenswert mache; darauf wurde vom 1. Juli 1894 ab die achttägige Untersuchung der Eingeschriebenen eingeführt und gleichzeitig über das Wohnen derselben Vorschriften erlassen, aus denen ich folgendes citieren möchte:

„pp. Insbesondere ist ihnen das ständige Wohnen verboten: in Gasthäusern und Grundstücken, in denen öffentlicher Schankbetrieb stattfindet, in der Nähe von Kirchen, Schulen oder anderen öffentlichen Erziehungsanstalten, Kasernen, sowie in oder bei einem Haushalte, zu welchem jugendliche Personen bis zum Alter von 16 Jahren gehören.

Es ist nicht gestattet, daſs mehr als eine der Aufsicht unterstellte Frauensperson in einem Stockwerke und bei ein und demselben Vermieter wohnt, auch dürfen nicht mehr als vier dergleichen Frauenspersonen in einem Hause Wohnung nehmen.

Es ist denselben weiter verboten:

... Das auffällige und zwecklose Umhergehen auf den Straſsen, Promenaden und Plätzen der Stadt und der Vorstädte ... Das Begehen der Reichs-, Prager- und Seestraſse, westlichen Seite des Altmarktes und der Schloſsstraſse einerseits, sowie der König Johann-Straſse, nördlichen Seite des Altmarktes und der Wilsdruffer Straſse andererseits.

Jeder diesen Vorschriften unterworfenen Frauensperson ist es unbenommen, sich, so oft als sie will, zur polizeiärztlichen Untersuchung zu stellen; sie ist aber verpflichtet, es wenigstens allwöchentlich einmal und zwar an dem für sie durch die Königl. Polizeidirektion bestimmten Tage zu thun, etc.

Zuwiderhandlungen gegen die polizeilichen Bestimmungen werden mit Haft nach § 361, 6 des R.-Str.-G.-B. bestraft.“

Dieser Paragraph lautet: „Mit Haft wird bestraft eine Weibsperson, welche wegen gewerbsmäſsiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt, oder welche, ohne einer solchen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäſsig Unzucht treibt.“

Über die Folgen der Veränderungen werde ich später Genaueres anführen. Es ist soviel aber allen bekannt, daſs das Treiben der Prostituierten in den Straſsen zu gewissen Stunden und besonders vor gewissen Lokalen der inneren Stadt sehr auffällig ward und daſs auch darüber geklagt wurde, daſs die Prostituierten neuerdings in bisher noch nicht von ihnen bewohnte Straſsen und Häuser, sogar in die Vororte in sehr unerwünschter Weise einzogen.

Das gab den Stadtverordneten in den Jahren 1896/97 Anlaſs, beim Rate, und dem Rate ferner, bei der Königl. Polizeidirektion über das Wohnen der Prostituierten in Dresden vorstellig zu werden. Man wünschte, daſs das Wohnen der Prostituierten auf bestimmte Häuser und bestimmte, vom groſsen Verkehre nicht berührte Straſsen beschränkt werde. Ferner beantragten die Stadtverordneten, daſs festgestellt werde, ob in der Nähe der Wohnungen Prostituierter schulpflichtige Kinder wohnen, um, wenn sich auf Grund einer solchen Enquête schwere Miſsstände sittlicher Art herausstellen sollten, an dieser Stelle einzusetzen mit einem Vorgehen gegen die jetzt von der Polizei gutgeheiſsenen Zustände.

Es wurde jedoch speziell zu diesem Antrage in der geheimen Sitzung vom 6. Mai 1897 vom Rate bemerkt, daſs wahrscheinlich in allen Fällen Kinder unter

16 Jahren in einem Hause mit einer Prostituierten wohnten; dafs, wolle man dies verhindern, man nicht die genügende Anzahl Häuser finden würde, wo Prostituierte überhaupt wohnen könnten — oder man müfste eben die Prostituierten kasernieren, d. h. ihnen bestimmte Häuser und Strafsen zuweisen.

Dagegen spricht sich aber die Polizeidirektion aus in einem Schreiben des Vorstandes der Sittenabteilung an den Rat vom 22. Februar 1897: Um die lästige Zerstreuung der Prostituierten in der Stadt zu verhindern, habe man sie in den letzten Jahren thunlichst räumlich zusammengedrängt, aber damit sei Mafs zu halten, damit die Prostituiertenhäuser nicht den Charakter von öffentlichen Häusern annehmen, welche eben nicht geduldet werden sollen, da sie

1. das öffentliche Rechts- und Sicherheitsgefühl verletzen,

2. die Versuchung, namentlich für jüngere Leute, näher bringen, und durch Erleichterung der Gelegenheit die Neigung zu Ausschweifungen befördern. Die Beschränkung auf bestimmte Proletariergassen schädige und belästige die ärmeren Klassen zu Gunsten der Wohlhabenden.

Zur Zeit haben sich die Wohnungsverhältnisse der Prostituierten in Dresden so gestaltet, dafs wohnen

in 42	Strafsen	in je	1	Hause	zumeist	1	Prostituierte,	in Sa.	50,
„ 7	„	„ „	2	Häusern		2—3	„	„ „	38,
„ 2	„	„ „	3	„		2—3	„	„ „	16,
„ 3	„	„ „	4	„		2—3	„	„ „	30,
„ 1	„	„ „	5	„	je	4	„	„ „	20,
„ 1	„	„ „	6	„	„	4	„	„ „	24,
„ 1	„	„ „	13	„	„	4	„	„ „	52,
in 57	Strafsen	in	98	Häusern					230 Prostit.

Am Schlusse wird bemerkt, dafs die Regelung dieser Wohnungsverhältnisse auf Anordnung des Königl. Ministeriums des Innern und unter dem Einflusse vielfacher Eingaben des „Vereins zur Hebung der Sittlichkeit“ erfolgt sei, dafs die Sittenpolizei daher mit ihren Mafsregeln vielfach Rücksichten zu nehmen habe.

Man sieht hieraus deutlich, dafs die Sittenpolizei bestrebt ist, die Prostituierten zusammenzudrängen. Mancher wird sich hierbei wundern, dafs gewisse Häuser der Frohngasse in den Augen der Polizeidirektion nicht den Charakter öffentlicher Häuser haben, den sie z. Z. in denen des Publikums haben.

In der erwähnten Sitzung der Stadtverordneten wurde hierzu bemerkt, dafs das unklare Schwanken zwischen Kasernieren und Zusammendrängen durch die Rücksicht auf § 180 des R. Str. G. B. bedingt werde.

Derselbe lautet abgekürzt: „Wer gewohnheitsmäfsig oder aus Eigennutz, durch Gewährung oder Schaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet, wird wegen Kuppelei mit Gefängnis bestraft.“

Dieser § 180 verhindert die Behörde wirksam einzugreifen, da er genau genommen der Prostitution überhaupt keine Wohnung gestattet, und eine sittenpolizeiliche Überwachung der Wohnungen der Prostituierten gar nicht berücksichtigt, wie es § 361, 6 doch thut. Duldet die Polizei Bordelle, so übersieht sie § 180 und macht sich einer Begünstigung schuldig; andererseits kann auch nicht gesagt werden, dafs der jetzige Zustand bezüglich des Wohnenlassens der Prostituierten in Dresden mit diesem Paragraphen in absolutem Einklang stünde; denn jeder, der an eine Prostituierte Wohnung vermietet, kann wegen Kuppelei angezeigt werden, und der Staatsanwalt kann sich der Verfolgung nicht entziehen.

Da aber bekannt ist, dafs von 1871 bis 1888 die Polizeidirektion Konflikte mit dem Staatsanwalt über diesen Punkt nicht nur in Dresden, sondern auch an anderen

Orten hat vermeiden können, so müssen noch andere Faktoren die veränderten Maſsregeln bedingt haben. Es sind dies, wie schon angedeutet worden ist, die Bestrebungen des sogenannten Sittlichkeitsvereins.

Da nun aber die Prostitutionsfrage nicht nur mit der Sittlichkeit, sondern auch mit der gesundheitlichen öffentlichen Wohlfahrt eng zusammenhängt und letztere bei der Aufhebung der Bordelle „gar wenig“ in Rücksicht gezogen worden ist, so ist man seitens des Rates daraufhin gekommen, den ärztlichen Bezirksverein um ein Gutachten zu ersuchen. Die Meinung der Ärzte über die Prostitution in Dresden und insbesondere 1. über deren Einfluſs auf die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten und 2. über die Wiedereinführbarkeit von Bordellen wird gewünscht.

Die Prostitution bildet, ihren Ursachen und ihren Gefahren nach, in erster Linie eine soziale Frage. Bei der Diskussion müssen daher allgemeine soziale Gesichtspunkte berührt werden. Nächstdem ist sie aber eine hygienische. Kein Stand ist besser in der Lage als der ärztliche, nach beiden Richtungen hin das Leben der Groſsstadt in Beziehung zur Prostitution zu studieren und zu beurteilen.

Es scheint mir deshalb auch an diesem Orte angebracht, auf allgemeine Fragen über die Prostitution kurz einzugehen; es muſs eine klare Einigung über die Ursachen und Schäden der Prostitution erzielt werden, auf Grund deren über Abhülfe diskutiert werden kann.

Die Prostitution, die ich kurz mit Betrieb gewerbsmäſsiger Unzucht definieren will, hat zu allen Zeiten und an allen Orten bestanden, wird auch nach menschlichem Ermessen ein steter Begleiter der Menschheit bleiben. Ursprünglich wird der Geschlechtstrieb der Menschen die Nachfrage nach Prostituierten bedingt haben. In der Neuzeit und besonders in groſsen Städten und Verkehrscentren ist die gewerbsmäſsige Unzucht in ungewöhnlicher Weise angeschwollen. Die Zunahme des Angebotes übersteigt sogar die Zunahme der Nachfrage. Das männliche Geschlecht sucht nicht mehr die Prostitution auf, sondern die Prostitution das männliche Geschlecht. Sie bietet sich in tausend Formen dar. Der Grund hierfür ist nicht etwa nur im Mangel an Religiosität zu suchen; auch nicht nur in der Wollust, Genuſssucht, Putzsucht und Arbeitsscheu leichtsinniger Mädchen; zum gröſsten Teil liegen die Ursachen dafür auf wirtschaftlichem Gebiete.

Mit dem Eintritt der Frauen in die Industrie ist es zu unverhältnismäſsiger Zunahme der geheimen Prostitution, zu einem Massenangebot derselben gekommen. Diese moderne geheime Prostitution unterscheidet sich nach Umfang und Inhalt von der früherer Zeiten, sie ist nicht mehr ein abnorm veranlagter Typus im Sinne Lombrosos, Tarnowskys, sondern ein Produkt der wirtschaftlichen Verhältnisse. Die niedrigen Löhne gewisser Zweige weiblicher Arbeit — Schürzen-, Knabensachen-, Trikot-, Knopfloch-, Handschuh-, Schirm-Näherinnen, Stickerinnen —, die nicht zur Beschaffung des Nötigsten in den einfachsten Verhältnissen genügen, sind Grund hierfür. Die Not wird zur Kupplerin.

Dazu kommt, daſs der junge Mann in dem Alter, wo der Geschlechtstrieb sich am stärksten geltend zu machen pflegt, unter den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen nicht im stande ist, eine Ehe zu gründen und einen Hausstand zu erhalten.

Die Ehelosigkeit ist aber eine Entbehrung. Man kann daher nicht erwarten, daſs alle minderbegünstigten Ehelosen, welche unter dem Zwange der sozialen Einrichtungen und ihres Berufes und Einkommens leiden, ihr Schicksal ruhig tragen. Der Geschlechtstrieb, welcher im stande ist, die Sinne zu verwirren und den Widerstandsunfähigen unter Umständen der Zurechnungsfähigkeit zu berauben, wird von Zeit zu Zeit bei jedem Manne seine Macht offenbaren. Ein oder das andere Mal wird auch der willensstärkste Mann von ihm überwältigt werden; dann ist es zweifellos

zuträglicher und weniger unsittlich, wenn diese Niederlage sich in einer der Natur angemessenen als in einer der Natur unangemessenen Weise vollzieht, auch wenn das christliche Sittengesetz dabei übertreten wird.

Die Prostitution erfüllt — bei aller Widerwärtigkeit — den Zweck, einer grofsen Anzahl von Männern eine normale physische Geschlechtsthätigheit zu ermöglichen, ohne andererseits zur Zahl der Geburten in merklicher Weise beizutragen, ohne ferner von den Männern solche Opfer an Zeit, Geld und Arbeitskraft zu fordern und ohne so zur geschlechtlichen Unmäfsigkeit zu verleiten, wie die sogenannten Verhältnisse der freien Liebe.

Die Nachfrage nach Prostitution in Verkehrscentren wie Dresden wächst nicht nur durch die Zunahme der Bevölkerung, sondern auch durch den Zuzug derjenigen Altersklassen, welche das gröfste sexuelle Bedürfnis haben: Arbeiter, Studenten, Soldaten.

Die Unsittlichkeit ist demnach von der heutigen Civilisation nicht zu trennen, sie gehört zu ihr wie der Schatten zum Licht. Wir sind verpflichtet, uns auf irgend eine Weise mit den unangenehmen Folgen dieser Zustände abzufinden.

Will man praktische Ziele erreichen, so darf man nicht einseitig nur die medizinische oder die ethische, politische, religiöse, juristische oder die soziale Seite ins Auge fassen, sondern man mufs mit Hintansetzung von Vorurteilen und Tendenzen die verschiedenen Standpunkte zusammenfassen und ihnen möglichst gerecht zu werden suchen. Vor allen Dingen darf man sich nicht in Klagen über die Schlechtigkeit der Menschen ergehen, sodern man mufs die Menschen nehmen, wie sie nun einmal heutzutage sind, und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen, wobei natürlich alles zur Besserung dienliche erwogen werden soll.

Es ist schon ein grofser Gewinn, wenn man sich überzeugen wollte, dafs manche wohlgemeinte Heilversuche deshalb einfach völlig aussichtslos sind, weil sie von irrtümlichen Voraussetzungen ausgehen, z. B. der, dafs die Prostitution durch Verbot und Strafen oder irgendwie ausgerottet werden könne. Eine solche Einsicht würde dahin führen, die vorhandenen Kräfte zum Zwecke der Erstrebung erreichbarer Ziele zu vereinen.

Die Prostitution ist nach obigem ein sekundäres Übel und kann deshalb mit Aussicht auf durchgreifenden Erfolg nur bekämpft werden, indem man ihre Ursachen bekämpft. — — Wer sie aber nur direkt bekämpfen will, sei es durch staatliche oder religiöse Mittel, verfährt rein symptomatisch, gleich demjenigen, der die Armut durch Almosen oder Verbrechen durch Strafen glaubt ausrotten zu können.

Die Zustände, in denen es zur Prostitution nicht mehr kommen kann, liegen in unabsehbarer Ferne. Wir können nur auf sie hinarbeiten wie auf die vielen Ideale des Lebens. So viel Erfolge jene wohlgemeinten Bestrebungen haben mögen, die auf generelle Aufhebung der Prostitution hinzielen, es bleibt ein ungeheurer Rest, dem gegenüber nur die Frage ist, wie er möglichst unschädlich zu machen ist. Neben den Bemühungen also, die Prostitution zu beseitigen, mufs die stehen, für die nicht zu beseitigende die relativ beste Form zu finden.

Die Gefahren der Prostitution liegen in erster Linie darin, dafs sie die Hauptverbreiterin der Geschlechtskrankheiten ist. Diese allgemeine Behauptung zu beweisen, halte ich für unnötig; sie ist von allen Kennern der Prostitution und der Syphilis anerkannt. Den Umfang dieses Schadens genau zu beurteilen, vermögen wir nicht, weil wir aus naheliegenden Gründen genaue Zahlen weder über die Gröfse der Prostitution noch über die Anzahl der Geschlechtskranken in Dresden erhalten können. Die inscribierte Prostitution ist nur ein kleiner, der fünfte bis zehnte Teil der thatsächlichen; von einem guten Teile der Fabrikarbeiterinnen, Dienstboten und

Kellnerinnen kann man annehmen, dafs sie im Geheimen gewerbs- oder gewohnheitsmäfsig Unzucht mit einer Mehrzahl von Männern treiben. Die sogenannten Verhältnisse (Grisetten) sind dagegen nicht zur Prostitution zu rechnen. Für Gewinnung eines Urteils, wie die Geschlechtskrankheiten unter der männlichen Bevölkerung verbreitet sind, sind die zuverlässigsten Statistiken die der Garnisonen, weil sie von einer Berufsklasse, die unter einheitlichen Verhältnissen lebt und gleichmäfsiges Alter der Mitglieder aufweist, stammen und wesentliche Fehler ausgeschlossen sind. Die Zahlen sind sehr hohe, näheres später; im Durchschnitt erkranken in Dresden 40 von 1000 Mann im Jahre; 20 an Tripper, 10 an Schanker, 10 an allgemeiner Syphilis. Gute Statistiken sind sonst selten; doch verdient die von Erb der Erwähnung, der von 5500 Patienten aus den besseren Klassen, die wegen verschiedener Krankheiten ihn konsultierten, feststellte, dafs 22,5 % mit Geschlechtskrankheiten, 12 % mit Syphilis behaftet gewesen waren.

Blaschko berechnet für Berlin, dafs jeder zehnte Berliner die Syphilis am eigenen Leibe kennen lerne.

Besondere Beachtung verdient die grofse Zahl der Kranken, die, ohne mit der Unzucht zu thun zu haben, mit Syphilis infiziert werden. Die Syphilis der Unschuldigen wird auf 6—7 % aller Infektionen berechnet. Auch in Dresden kommen mehr und mehr Fälle dieser Art zur Beobachtung. Mir speziell sind z. B. mehrere Hebammen, teils aus dem Krankenhause, teils aus der Privatthätigkeit erinnerlich, die am Finger infiziert wurden. Ich erinnere mich ferner zweier Kollegen, eines mit Fingerinfektion, eines anderen, bei dem durch einen unglücklichen Zufall eine Verletzung am Schienbein zur Eingangspforte wurde. Eine 50jährige Dame entfernte sich mit einer Stickschere ein kleines Hautfibrom am Halse; an der Schnittstelle entwickelte sich eine Sklerose, der allgemeine Erscheinungen folgten. Ferner erinnere ich mich mehrerer Lippenschanker bei jungfräulichen Mädchen: mehrerer Tonsilleninitialschanker. Ein Fall der letzten Art erinnerte mich an die grofse Gefahr der Syphilisübertragung durch ungenügend sterilisierte ärztliche und zahnärztliche Instrumente. Schliefslich gedenken Sie der Übertragungen von Ammen auf Kinder und umgekehrt und der häufigen Übertragungen im Ehebett auf die Ehefrau und Nachkommenschaft!

Auf die Verbreitung dieser Syphilis der Unschuldigen hat die Prostitution wohl keinen direkten Einflufs; aber ohne Frage einen mittelbaren als Hauptverbreiterin der Syphilis.

Jeder Syphilitische ist für seine Umgebung eine Gefahr; die Gefahr der Weiterverbreitung ohne Unzucht wächst noch bei manchen Berufsarten, die in beträchtlicher Zahl — nach der Statistik des Stadtkrankenhauses — an Syphilis erkrankt sind: ich meine die Kindermädchen, die Cigaretten- und Chokoladenfabrikarbeiterinnen!

Man kann sagen, dafs die Syphilis ebenso wie Tuberkulose und Diphtherie und in noch höherem Grade als Lepra eine Volkskrankheit ist, deren Abwehr zu den Aufgaben des Staates gehört. Aber auch der Tripper verbraucht bei seiner enormen Verbreitung einen grofsen Teil Volksgesundheit und Volkskraft. Die Rücksicht auf die Geschlechtskrankheiten sollte bei den Entschlüssen über Mafsregeln gegen die Prostitution stets den Ausschlag geben, wenn die Wahl schwankt zwischen ethischen, juristischen oder hygienischen Rücksichten.

Nicht nur der Arzt, sondern auch der Sozialpolitiker, der nicht wie der Geistliche oder der Jurist einseitige Werte des Lebens zu hüten hat, sondern die Gesamtheit der sozialen Güter überblicken mufs, wird in der Prostitutionsfrage die körperliche Gesundheit des Volkes als ersten Gegenstand der Fürsorge betonen.

Die Gemeinden haben aber auch ein pekuniäres Interesse an Mafsregeln zur

Abwehr der Syphilis. Der Kranke wird durch die Krankheit unfähig zur Arbeit; er mufs behandelt werden und seine Familie unter Umständen auf öffentliche Kosten unterhalten werden. Bei den Steuerpflichten und bei der Militärpflicht müssen andere — Unschuldige — für die syphilitischen Arbeits- und Dienstunfähigen die Lasten übernehmen. Auch mufs das Interesse erwähnt werden, was die Gemeinden an der frühzeitigen Behandlung der einzelnen Krankheitsfälle haben: die Kurkosten, welche einmal die Armenpflege belasten, sind um so geringer, je frühzeitiger die Syphilitischen zur Behandlung kommen, und aufserdem verringert sich durch die frühzeitige gründliche Behandlung die Zahl derjenigen Personen, welche infolge von Syphilis die Armenpflege im späteren Alter dauernd in Anspruch nehmen müssen.

Die weiteren Gefahren der Prostitution richten sich gegen die öffentliche Sicherheit durch ihre verschiedenen kriminellen Beziehungen und gegen die öffentliche Sittlichkeit und den öffentlichen Anstand. Diese Faktoren öffentlichen Wohles werden in verschiedener Weise berührt je nach der Form, die der Prostitution gegeben wird und in der sie vorwiegend auftritt. Die Verletzung der öffentlichen Gesundheit, Sicherheit und Sittlichkeit sind Anlafs gewesen, die gewerbsmäfsige Unzucht durch Reichs-Strafgesetz einzuschränken. An sich ist sie rechtlich indifferent, da das Weib mit seiner Ehre und seinem Körper machen kann, was es will. Da aber Strafen die menschliche Gesellschaft nicht genügend schützen gegen die Schäden der Prostitution, so wäre es zweckmäfsiger, der Überwachung derselben eine eindeutige gesetzliche Grundlage zu geben. § 180 macht dieselbe, streng genommen, unmöglich, erschwert sie jedenfalls erheblich.

Durch Beseitigung oder Reform dieses Paragraphen könnten viele juristische Bedenken gegen die staatliche Überwachung der Prostitution beseitigt werden. „Die Vermietung von Wohnungen an Weibspersonen, welche wegen gewerbsmäfsiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt sind, mufs straflos bleiben, wenn sie unter Beobachtung der hierüber erlassenen polizeilichen Vorschriften erfolgt.“ Eine solche Bestimmung wäre ein Fortschritt der Gesetzgebung, da dieselbe ermöglichte, den örtlichen Verhältnissen entsprechende Vorschriften zu erlassen. Diese war als Zusatz zu § 180 in Aussicht genommen, kam aber durch die Agitation der Sittlichkeitsvereine nicht zu stande.

Wie sich nun die Gefahren der Prostitution — d. h. die Geschlechtskrankheiten und die Unsittlichkeit — in Dresden verhalten und speziell gegen früher verändert haben, dafür ist die Erörterung der vorliegenden Statistik von Wert. Die Tabelle enthält die Zahlen, die aus den Verwaltungsberichten über das Stadtkrankenhaus entnommen werden konnten; ferner wurden die statistischen Sanitätsberichte der deutschen Armee (1884—1891) benutzt; durch freundliches Entgegenkommen der Königl. Sanitätsdirektion und der Königl. Polizeidirektion wurden weitere sehr wertvolle Zahlen gewonnen.

Sie ersehen daraus folgendes:

A. Die Zahl der Geschlechtskranken bei der Garnison ist eine aufserordentlich hohe (s. IV. V. VI.). Das sächsische Armeekorps hatte in den letzten Jahren die höchsten Procentzahlen an venerischen Erkrankungen von allen Armeekorps. Sie sehen, wie weit die Dresdner Zahlen die Durchschnittszahlen der deutschen Armee überragen. Die Erkrankungen an Tripper sind rund die Hälfte, Schanker und konstitutionelle Syphilis je ein Viertel. Die ‰ der letzteren sind bei V noch besonders notiert.

Nach den Erkrankungen der Garnison beurteilt, ist Dresden eine der verseuchtesten Städte Deutschlands.

Sie finden aufserdem zwei wichtige Phasen in diesen Zahlen ausgedrückt:

Im Jahre 1885 wurden wegen der hohen Zahl der Venerischen in der Armee von der medizinischen Abteilung des Generalstabes Erwägungen über Einschränkung derselben gepflogen. Die Berichte aller Armeekorps lauteten dahin, daſs die Ursachen dieses Übelstandes nicht so sehr in der öffentlichen Prostitution, als vielmehr in dem Anwachsen und in der Unmöglichkeit der Überwachung der geheimen zu suchen wären. Es wurden Anordnungen getroffen zur Verhütung und zur schnelleren Heilung der venerischen Krankheiten (Instruktion über die Gefahren, Bestrafung der Verheimlichung, sofortige Einbettung der Erkrankten und protokollarische Feststellung der Ansteckungsquellen). Seitdem haben die Zahlen im allgemeinen und auch in der Dresdener Garnison ersichtlich abgenommen (IV, V, VI. 1886 u. f.).

Die zweite Phase fällt in das Jahr 1894: Ende Mai wurde von der Sanitätsdirektion wegen auffälliger Zunahme der Geschlechtskranken im Garnisonlazarett Meldung an die Kommandantur gemacht. Diese wurde bei der Polizeidirektion vorstellig und infolgedessen wurde vom 1. Juli 1894 ab zu verschärften Maſsregeln geschritten, u. a. die Untersuchung der Prostituierten achttägig einmal vorgenommen. Der Erfolg war ein zweifacher: Erstens wurden mehr Geschlechtskranke unter den Prostituierten festgestellt und dem Krankenhause überwiesen (s. Rubrik III. 1894), zweitens nahmen die Erkrankungen in der Garnison ab (IV. 1894/95).

Die erwähnten beiden Ereignisse von 1885—1894 sind für die allgemeine Betrachtung insofern wichtig, als sie beweisen, daſs strenge Überwachung und strenge Kontrolle sowohl beim Militär als bei der kursierenden Prostitution eine Verminderung der Geschlechtskrankheiten zu erzielen vermögen. Der erzielte Vorteil für das öffentliche Wohl rechtfertigt die Zwangsmaſsregeln.

B. Seit Aufhebung der Bordelle hat die Zahl der in das Stadtkrankenhaus aufgenommenen geschlechtskranken Frauen und Männer zugenommen (I und II), obgleich die Zahl der geschlechtskranken öffentlichen, d. h. eingeschriebenen Prostituierten abgenommen hat (III), in dem Maſse wie die Anzahl der Eingeschriebenen in Dresden überhaupt abgenommen hat (VIII a). Man kann aus I und II allein nicht schlieſsen, daſs die Geschlechtskrankheiten in Dresden zugenommen haben. Aber wenn man sich vergegenwärtigt, daſs bei den bestehenden Verhältnissen und Vorurteilen (Schwierigkeiten mancher Kassen wegen der Bezahlung für selbstverschuldete Leiden, Bloſsstellung bei den Arbeitgebern, Einbuſse an Freiheit) nur diejenigen das Krankenhaus aufsuchen, die infolge der Entstellung, der Schmerzhaftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit die Krankheit nicht mehr verheimlichen können, so kann man mit Recht aus den Zahlen schlieſsen, daſs die absolute Zahl der schwereren Erkrankungen in Dresden zugenommen hat. Die Gegenüberstellung der Rubriken I und II mit III machen ferner einer Zunahme der geheimen Prostitution, zum mindesten in absoluten Zahlen, wahrscheinlich.

C. Die Zahl der Eingeschriebenen hat abgenommen (VIII a, XIV). Kein Mensch wird daraus schlieſsen, daſs die Prostitution abgenommen habe, sondern nur die Zahl der der Polizei bekannten Prostituierten hat abgenommen; die geheime Prostitution, beurteilt nach den angezeigten Gewerbs-Unzuchtsfällen und nach der Zahl der aus der geheimen Prostitution Aufgegriffenen hat zugenommen (IX, XIII [letzte Rubrik]). Die Straſsenprostitution hat, wie jeder Dresdener weiſs, auch zugenommen.

Die Zahl der Geschlechtskrankheiten ist bei den aus der geheimen Prostitution Aufgegriffenen gröſser als bei den Eingeschriebenen (X, XI [letzte Spalte]). Die Erkrankungen der geheimen Prostitution sind auch schwerer. Dies kann man aus der durchschnittlich höheren Dauer der Behandlung im Krankenhause schlieſsen (s. Tabelle „Durchschnittliche Heilungsdauer“ pag. 195). Die aus zehn Jahren (1871 bis 1880) berechnete durchschnittliche Heilungsdauer der örtlichen Geschlechtskrank-

Statistik zur Prostitutionsfrage in Dresden.

Zusammengestellt von Dr. Werther.

	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1884 bis 88	1890 bis 94
I. Ins Stadtkrankenhaus wurden aufgenommen geschlechtskranke Männer	318	333	326	392	378	392	Aufhebg. d. Bordelle am 1. I. 1890. 401	397	342	326	406	503		1747	1872
II. Dgl. geschlechtskranke, nicht prostituierte Frauenspersonen	146	154	150	153	140	169	133	182	190	187	226	260		748	918
III. Dgl. geschlechtskranke Prostituierte	240	235	222	246	285	178	181	126	171	242	396	278		1228	1066
IV. Ins Garnisonlazaret zu Dresden wurden aufgenommen geschlechtskranke Soldaten (‰ der Iststärke der Garnison)	1. IV. 1884 bis 31. III. 1885 59,5	85/86 u. s. w. 56,9	44,5	48,7	53,0	38,0	39,7	35,9	40,3	46,4	44,3	37,1			
V. Geschlechtskranke im XII. (K. S.) Armeekorps (eingeklammert der Platz in der Reihenfolge der deutschen Armeekorps und die ‰ der an konstit. Syphilis Erkrankten)	58,4 (12,6)	56,3 (14,1)	48,4 (13,0)	48,5 (12,7)	(I.) 44,1 (8,6)	(I.) 42,1 (9,1)	(I.) 40,1 (7,6)	(I.) 44,8 (9,5)							
VI. Geschlechtskranke in der deutschen Armee	32,6	29,1	28,6	26,3	26,7	26,7	27,2	27,9							
VII. Zahl der in der Kgl. Frauenklinik geborenen faultoten Früchte (eingeklammert die Zahl der Geburten)	40 (1368)	46 (1365)	34 (1386)	48 (1387)	35 (1369)	38 (1276)	35 (1358)	27 (1487)	31 (1512)	45 (1670)	31 (1758)	48 (1847)	61 (2029)		

VIII a. Zahl der bei der Sittenpolizei eingeschriebenen Prostituierten am Jahresschluſs (eingeklammert 1888 Zahl der Bordellmädchen)	467	456	450	458	470 (269)	302	294	289	308	313	331	271	283	2301	1585
b. Wohnhaft { in wieviel Häusern					178				175				98		
b. Wohnhaft { in wieviel Straſsen					120								57		
IX. Wegen Gewerbsunzucht und liederlichen Umhertreibens von der Polizei aufgegriffene Frauenspersonen	294	232	729	674	687	698	764	953	1059	1092	888	782	805	2616	4706
X. Eingeschriebene } Wieviel untersucht?											10 511	14 871	11 883		(1894-96) 1,6%
X. Eingeschriebene } Wieviel geschlechtskr. befunden?	190	161	159	158	218	126	82	57	58	97	246	202	166		
XI. Aufgegriffene nicht eingeschriebene Frauenspersonen } Wieviel untersucht?					639				1346		1034	1022	1030		(1892, 94—96) 8%
XI. Aufgegriffene nicht eingeschriebene Frauenspersonen } Wieviel geschlechtskr. befunden?					24				92		105	71	88		
XII. Angezeigt wurden bei der Kgl. Polizeidirektion Sittlichkeitsverbrechen und -Vergehen	141	174	186	153	160	200	239	324	324	353	322	302	296	814	1562
XIII. Gewerbsunzuchtfälle	294	232	219	194	287	283	288	453	557	664	538	485	458	1176	2495
XIV. Zuwiderhandlungen gegen sittenpolizeiliche Vorschriften	1374	1220	1247	1181	1116	879	889	875	804	906	742	883	475		
XV. Gegen Zuhälter von Prostituierte erstattete Anzeigen					bis 1888 unbek.							164	110		
XVI. Dresdens Einwohner männliche / weibliche / zusammen / Garnison		116 465 / 129 621 / 246 086 / 8 972					182 435 / 144 087 / 276 522 / 9 865		1. I. 1892 Strehlen 1. VII. 1892 Striesen einverleibt			164 375 / 172 065 / 336 440 / 12 628			

heiten und der allgemeinen Syphilis bei Eingeschriebenen betrug 29,9 und 38,9 (Spalte 2 und 4), bei nichteingeschriebenen Frauenzimmern dagegen 42,1 und 43,8 (Spalte 1 und 3). Auf der Abteilung für die nichteingeschriebenen geschlechtskranken Frauenzimmer sind diejenigen Berufsarten vertreten, aus denen sich die geheime Prostitution rekrutiert: Dienstboten, namentlich die stellungslosen, Fabrikarbeiterinnen, Kellnerinnen. Die Mehrzahl dieser Kranken kann als der geheimen Prostitution angehörig bezeichnet werden. Die polizeiliche Kontrolle hat, wie aus der zweiten Tabelle, pag. 195, ersichtlich, den Vorzug, dafs sie die örtlichen Erkrankungen der Eingeschriebenen in der ersten Zeit des Bestehens, wo sie schneller heilbar sind, entdeckt. Dadurch kommen die Fälle früher zur sachgemäfsen Behandlung, werden aus dem Verkehre genommen und verlaufen leichter. Der doppelte Vorteil ist klar.

Zu Rubrik VII ist folgendes zu bemerken: Die enorme Zunahme der Geburten in der Frauenklinik, die zur gröfseren Hälfte, wenn nicht mehr, unehelich sind, wird daraus erklärt, dafs der Zuzug aus der Umgebung Dresdens mit der Verbesserung der Verkehrsmittel sich vermehrt hat. Die Zahl der unehelichen Geburten in Dresden hat nicht zugenommen (20—19% der Geburten seit 10 Jahren). Die Zahl der faultoten Geburten (VII), die bei weitem nicht alle syphilitischen Früchte und Geburten unter den jährlichen Geburten darstellt, ist von 3% auf 2,4% im Durchschnitt von 5 Jahren herabgegangen. Diese 0,6% sind nach dem Gesagten auf Rechnung der sogenannten „ländlichen Gesundheit“ zu setzen. Aber die 2,4% faultote Früchte — sind schon hoch genug! Es ist daraus ersichtlich, dafs mit dem Zuzug aus der Umgebung Dresdens die Assanierung der Geburten, was Syphilis anbetrifft, nicht wesentlich zunimmt, dafs die Syphilis auch auf dem Lande beinahe so verbreitet ist wie in der Stadt. Dafs aber der Ausgangspunkt der Verbreitung die Stadt ist, wird niemand bezweifeln! Es mahnen daher auch diese Zahlen zu einer vernünftigen Prophylaxis der Syphilis in der Stadt.

Es ist noch wissenswert, wie es sich mit der eventuellen Zunahme des Trippers nach den Beobachtungen der Frauenklinik verhält. Hierfür können viel genauere Zahlen erwartet werden, weil eine Geburt gleichsam ein Reagenz auf chronischen Tripper der Gebärenden ist, er wird meist durch diesen Vorgang angefrischt und ist durch seine klinischen Erscheinungen im Wochenbett leichter zu konstatieren.

Aus dem bisher erörterten Zahlenmaterial ist zu schliefsen:

1. dafs die Geschlechtskrankheiten in Dresden aufserordentlich verbreitet sind,

2. dafs die geheimen Prostituierten an Zahl und mit ihnen die ihnen anhaftenden Geschlechtskrankheiten an Zahl und Schwere zunehmen.

Diesen Thatsachen gegenüber ist man verpflichtet zu fragen, ob mit der hiesigen polizeiärztlichen Untersuchung das erreicht wird, was zur Entdeckung der Syphilis und des Trippers und Verhütung der Weiterverbreitung durch die Prostitution erreicht werden kann. Wenn ich hier auf Mängel aufmerksam mache, so möchte ich betonen, dafs ich nicht über Personen, sondern über Einrichtungen urteile:

a) Je öfter untersucht wird, desto mehr Geschlechtskranke werden gefunden. Deshalb ist der wiederholt gemachte Vorschlag der Syphilidologen, die Untersuchung in viertägigen Zwischenräumen zu halten, zu erneuern.

b) Wenn die Untersuchung sich nur auf die Genitalien erstreckt, so entgehen viele ansteckende Erkrankungsfälle der Entdeckung. Ein guter Teil der Prostituierten begiebt sich wegen der Syphilis, die bei der polizeilichen Kontrolle unentdeckt bleibt, in privatärztliche Behandlung — betreibt aber sein Gewerbe weiter. Es können aber viel mehr und es sollen möglichst viele Syphilitische aus dem Verkehre ausgeschieden werden, nicht nur die lädierten Genitalien!

Es ist daher zu fordern, dafs bei jeder Untersuchung **Mund**, Genitalien und Afterregion berücksichtigt werden, weil sie die wesentlichen Lokalisationsstellen der wegen ihrer Infektiosität am meisten in Betracht kommenden papulösen Formen der Syphilis sind. Ferner ist Besichtigung der Handteller, Fingernägel und der Nackengegend, welche der Untersuchung ohne Zeitverlust zugänglich sind, nicht zu versäumen. Letztere wegen des Leukoderma! Eine Person mit Leukoderma syphiliticum ist, auch wenn sie nicht direkt syphilitische Efflorescenzen hat, gefährlich, weil bei ihr Erosionen, die an sich harmlos sind, infektiös sind.

Ferner ist die Speculumuntersuchung unabweisbar, wenn auch Muttermundgeschwüre selten sind. Die mikroskopische Untersuchung der Sekrete auf Gonokokken ist eine prinzipiell sehr wichtige Kontrollverbesserung und kann auch, wenn sie bei jeder Prostituierten nur sechs- bis achtmal im Jahre (wie nach Neisser in Breslau) vorgenommen wird, viel Kranke ausscheiden und viel Schaden verhüten.

c) Ferner ist es von gröfstem Vorteil für die Sache, wenn die Polizeiärzte und der Krankenhausoberarzt in Fühlung und Einverständnis sind über Methode der Untersuchung und Behandlung, über die Beobachtung verdächtiger Prostituierten mit nicht festgestellter Diagnose im Krankenhause.

d) Schliefslich ist die Haltung einer Prostituierten-Krankenkasse von gröfstem sanitären Nutzen; sie erleichtert es den Prostituierten, ihre Syphilis schnell und gründlich loszuwerden, sie erleichtert es ferner dem Krankenhausarzte, über die Dauer der Internierung im Krankenhause freier zu entscheiden. Leider ist die bisher in Dresden bestehende Kasse im Sinne der Bestrebungen der Sittlichkeitsvereine vom Ministerium aufgehoben worden. Das hat — wie leicht vorauszusehen ist — zur Folge, dafs die kranken Frauenzimmer, die kein Geld auf Vorrat haben, aus Furcht vor dem Arbeitshause, was bei Nichteinbringlichkeit der Kosten droht, mehr als bisher der Kontrolle sich zu entziehen suchen werden. Aufserdem hat der Versuch, nachträglich Geld von den Prostituierten einzuziehen, es diesen wiederholt unmöglich gemacht, ihr Gewerbe zu verlassen!

So ist mit dieser Kasse leider eine Schutzmafsregel gegen die Verbreitung der Syphilis von der Behörde eingerissen worden.

Den Sittlichkeitsvereinen möchte ich ans Herz legen, zu bedenken, dafs die Zuchtrute für die Menschheit, Syphilis geheifsen, doch nur in der Erkrankung und deren normalem Verlaufe bestehen kann, niemals aber in einer menschlichen Erschwerung des Heilungsprozesses. Eine solche Erschwerung steht der menschlichen Gesellschaft nicht zu, denn die Sittenlosigkeit ist eine Gesamtschuld derselben.

Ich glaube, dafs die genannten Forderungen Ihr Einverständnis finden werden.

D. Wenn Sie die Statistik weiter verfolgen, so sehen Sie, dafs seit Aufhebung der Bordelle die **Unsittlichkeit**, bemessen nach den bei der Königl. Polizeidirektion erstatteten Anzeigen wegen Gewerbsunzucht und wegen Sittlichkeitsverbrechen und Sittlichkeitsvergehen und nach der Zahl der wegen Gewerbsunzucht und lüderlichen Umhertreibens aufgegriffenen Frauenspersonen bedeutend und in **höherem Mafse, als der Zunahme der Einwohner entsprechen würde**, zugenommen hat. (IX, XII, XIII, XV.)

Zuhälter, sogenannte Luis, sind überhaupt erst nach dieser Veränderung in Dresden bekannt geworden und nehmen an Zahl zu. Über die Schlechtigkeit und Gefährlichkeit dieser Menschenklasse brauche ich nichts erst zu sagen. Da sie häufig auch in der Form des Ehemannes auftreten, so tragen sie zur Entheiligung der Ehe bei.

Die gröfsere Zahl der Vermieter bedeutet eine Zunahme der Arbeitsscheuen in Dresden. Die Verführung der heranwachsenden weiblichen Jugend durch das böse

Beispiel der unter die Bevölkerung zerstreuten Prostituierten ist durch Zahlen leider nicht vor Augen zu rücken!

Die durch ihre Vielseitigkeit wertvolle Statistik, die ich Ihnen vorgelegt habe, lehrt, dafs die Schäden der Dresdener Prostitution an der Volksgesundheit und Volkssittlichkeit seit 1890 zugenommen haben.

Es mufs leider festgestellt werden, dafs der Verein zur Hebung der Sittlichkeit in den letzten Jahren der treibende Faktor bei allen Mafsnahmen in der Prostitutionsfrage gewesen ist. Es ist zu hoffen, dafs die erwähnten schlechten Erfahrungen wie bereits anderwärts (Norwegen) so auch in Dresden dahin führen, die Thätigkeit der Sittlichkeitsvereine und der inneren Mission in andere, richtigere Bahnen zu lenken. Die Prophylaxe der Prostitution ist unbestritten ihr Gebiet: Wenn zur Linderung der sozialen Not, zur Schaffung unentgeltlichen, edleren Lebensgenusses für die männliche und weibliche Jugend der ärmeren Volksklassen, für Hebung des Familienlebens und Ehelebens, zur Hebung religiösen Sinnes im Volke, zur Gewinnung ernster, klarer und wahrhafter Lebensanschauung, ferner zur Beschränkung des Kneipenlebens und der Verführung in jeder Form (obscöne Bücher, Bilder, Theateraufführungen) die Summe von Arbeitskraft verwendet wird, welche der genannte Verein bisher zur Bekämpfung der Beaufsichtigung und Zwangsuntersuchung der Prostituierten verbraucht hat, so ist ein Nutzen von seiner Thätigkeit zu erhoffen.

Mafsnahmen, die der einmal vorhandenen Prostitution die am wenigsten schädliche Form geben sollen und die gegen die Verbreitung volksverheerender Krankheiten gerichtet sind, diese sind dem Einflusse dieser Vereine zu entziehen und ganz und gar nach den Gesichtspunkten der gröfsten Zweckmäfsigkeit von Sachverständigen zu treffen. Jene Vereine sind nichts weniger als Sachverständige, sondern die Beamten der Kriminal- und Sittenpolizei sind es für die Gefahren, die der Sittlichkeit und Sicherheit drohen, und die Ärzte sind es für die Gefahren, die der Gesundheit drohen. Wir dürfen daher, ohne Selbstüberhebung, fordern, in dieser Frage gehört zu werden.

Im Anschlufs an vorstehendes Referat wurde vom Dresdener ärztlichen Bezirksverein auf Vorschlag eines Ausschusses folgendes beschlossen:

1. Die Prostitution ist die Hauptquelle der ansteckenden Geschlechtskrankheiten.

2. Ihre sanitätspolizeiliche Überwachung ist wirksam und notwendig, daher möglichst gründlich und umfassend zu gestalten.

3. Die Prostitutionsverhältnisse in Dresden sind der Verbesserung bedürftig und fähig.

Beispielsweise: Die Anzahl der eingeschriebenen Prostituierten entspricht beweitem nicht der Zahl der wirklich der Prostitution ergebenen Frauenspersonen; die gefährlichere geheime Prostitution ist in der Zunahme begriffen; die in den Vororten wohnenden Prostituierten entziehen sich der sanitätspolizeilichen Überwachung in Dresden; die Höhe der Krankenhauskosten verleitet seit Aufhebung der Prostituierten-Krankenkasse viele geschlechtskranke Prostituierte sich der Überwachung zu entziehen; die wöchentlich einmalige Untersuchung genügt den ärztlichen Ansprüchen nicht u. s. w.

4. Das Zusammenwohnen mehrerer Prostituierter in wirtschaftlicher Abhängigkeit von einem Unternehmer (Bordell) hat zweifellose sanitätspolizeiliche Vorteile, doch lehnt es der ärztliche Bezirksverein ab, sich für oder gegen die Wiedereinführung von Bordellen auszusprechen mit Rücksicht auf Bedenken, die auf nicht-ärztlichem Gebiete liegen. Dagegen empfiehlt er die sonstigen Formen örtlicher Koncentrierung „auf bestimmte Häuser und bestimmte vom grofsen Verkehr nicht berührte Strafsen“, weil diesen bei allerdings geringeren sanitätspolizeilichen Vorzügen derartige Bedenken weniger anhaften.

Tabellen zu Seite 189 und 192:

Durchschnittliche Heilungsdauer

	der örtlichen Erkrankungen		der allgemeinen Syphilis	
	bei Nichtinscribierten:	bei Inscribierten:	bei Nichtinscribierten:	bei Inscribierten:
1871	50	33	50	42
1872	50	33	39	35
1873	61	28	51	44
1874	38	31	38	34
1875	49	26	45	36
1876	33	32	50	34
1877	38	29	40	39
1878	33	30	44	47
1879	35	27	40	39
1880	34	30	41	39

Aus dem Stadtkrankenhause zu Dresden.

Verhältnis des Vorkommens örtlicher zu dem allgemeiner Syphilis

	bei den nicht inscribierten geschlechtskranken Frauen:	bei den inscribierten geschlechtskranken Frauen:
1871	1 : 6	3,6 : 1
1872	1 : 3,7	3,5 : 1
1873	1 : 3,7	2,5 : 1
1874	1 : 3	2,4 : 1
1875	1 : 4,1	1,5 : 1
1876	1 : 5,7	1,3 : 1
1877	1 : 2,9	1,5 : 1
1878	1 : 2,6	1,8 : 1
1879	1 : 2,5	1,4 : 1
1880	1 : 3,2	2 : 1

A. Leitsätze.

I. Allgemeines über die Prostitution.

1. Die Prostitution ist unausrottbar.
2. Sie ist ein sekundäres Übel. Ihre Ursachen liegen in den menschlichen Leidenschaften (Geschlechtstrieb, Genufs- und Putzsucht) und in den ökonomischen Übelständen (Erschwerung der Gründung eines Ehestandes. Grofse Beteiligung der Weiber an der Industrie der Grofsstädte und ungenügende Löhne).
3. Die Gefahren der Prostitution richten sich gegen die allgemeine Sittlichkeit und Sicherheit und gegen die allgemeine Gesundheit.
4. Der Staat mufs seine Angehörigen gegen diese Gefahren schützen, insbesondere ist die Prophylaxe der Infektionskrankheiten, also auch der Syphilis und des Trippers, eine Aufgabe desselben.
5. Hülfe ist auf zweierlei Weise möglich:
   a) prophylaktisch: Verhütung der Prostitution durch Arbeit an ihren Ursachen (soziale Frage, Hülfe der Vereine).
   b) symptomatisch dadurch, dafs der vorhandenen und nicht zu beseitigenden Prostitution die Form gegeben wird, in der die erwähnten Gefahren am geringsten sind (mafsgebend für die Mittel und Wege ist nur das sachverständige Urteil der Polizei und der Ärzte; hintanzusetzen sind alle einseitigen Bestrebungen gewisser Richtungen).

II. Spezielles über die Dresdener Prostitution.

1. Die geheime Prostitution, welche die schwersten und ansteckendsten Formen der Syphilis zeitigt und verbreitet, ist im Zunehmen.
2. Die Unsittlichkeit hat seit 1890 unverhältnismäfsig zugenommen.
3. Die Zahl der Geschlechtskranken in Dresden ist hervorragend hoch.

B. Vorschläge zur Besserung.

I. Allgemeine.

1. Die Beseitigung des § 180 des Reichs-Straf-Gesetzbuches in jetziger Fassung, der genau genommen der Prostitution überhaupt keine Wohnung gestattet, ist nötig, um der Reglementierung der Prostitution eine einheitliche gesetzliche Unterlage zu geben. Die Vermietung von Wohnungen an Weibspersonen, welche wegen gewerbsmäfsiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt sind, mufs straflos bleiben, wenn sie unter Beobachtung der hierüber erlassenen polizeilichen Vorschriften erfolgt.
2. Das Ministerium mufs von ärztlicher Seite über die Schäden des Trippers und der Syphilis für die Volksgesundheit unterrichtet werden und der Prophylaxe dieser Krankheiten die gleiche Wichtigkeit wie anderen Infektionskrankheiten zuerkennen.

II. Spezielle.

1. Die polizeiärztliche Untersuchung mufs viertägig geschehen.
2. Bei derselben ist die regelmäfsige Untersuchung von Mund, Nacken, Händen, Genitalien und Analgegend, die regelmäfsige Speculumuntersuchung, die prinzipielle Einführung der mikroskopischen Sekretprüfung unabweisbar.

   Die Durchführung dieser Forderungen, welche gegenüber der bisher in Dresden üblichen Methode grofse sanitäre Vorteile hat, aber mehr ärztliche Kräfte erheischt, kommt auf eine Geldfrage hinaus.
3. Die Erhaltung der Prostituierten-Krankenkasse ist zu wünschen.

Benutzte Litteratur.

Zeitschrift für Praxis und Gesetzgebung der Verwaltung, zunächst für das Königreich Sachsen. 1889. X. Band, Heft 7—8, pag. 289. Die anderweitige Regelung des Prostitutionswesens.

Focke, Die Prostitution in ethischer und sanitärer Beziehung. *Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl.* 1888. 20. Bd., Heft 1, pag. 121.

Schmölder, Die Bestrafung und polizeiliche Behandlung der gewerbsmäfsigen Unzucht. Düsseldorf, 1892.

Hülsmeyer, Staats-Bordelle. Hagen i. W., 1892.

Ex malis minima! Reflexionen zur Prostitutionsfrage von einem Universitätslehrer. Berlin, 1891.

Neisser, Über die Mängel der z. Z. üblichen Prostituierten-Untersuchung. *Dtsch. med. Wochenschr.*

Miller, Die Prostitution. München, 1892.

Werther, Über Syphilis und Prostitution. *Schmidts Jahrb. d. ges. Med.* Bd. CCXXX, pag. 86.

Axel Holst, Zur Geschichte der Prostitutionsfrage in Norwegen. *Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspfl.* 1897. 29. Bd., Heft 2, pag. 285.

Aus der Praxis.

Herpes als Vorläufer des Schankers.

Von

Ch. Audry-Toulouse.

Tripper, Ulcus simplex und Ulcus specificum spielen bekanntlich bei der Genese des Herpes praeputialis eine Rolle. Es kommen aber auch umgekehrt Fälle vor, in denen der Herpes praeputialis dem syphilitischen Schanker voraufgeht.

Ich habe z. B. ziemlich häufig folgende Beobachtung gemacht: Patienten, die schon früher häufiger an Herpes praeputialis gelitten haben, kommen 2—3 Tage nach dem letzten Coitus mit einem ausgesprochenen Herpesanfall in die Sprechstunde. Ich beruhige sie. Sie kommen aber bald wieder, und zwar wegen einer kleinen Verhärtung, die sich ganz unversehens an Stelle eines Herpesbläschens gebildet hat. Das beunruhigt mich und auch den Patienten. Wirklich entwickelt sich daraus in der nächsten Zeit ein regelrechter Schanker und bald stellen sich auch die Sekundärerscheinungen der Syphilis ein. Handelt es sich nun in solchen Fällen um eine Mischform von Herpes und Syphilis? Oder hat der beginnende Schanker nur ein herpetiformes Aussehen? Oder ist endlich die Syphilis erst auf die herpetisch erkrankte und geschwächte Epidermis aufgeimpft?

Die Verhältnisse können sich aber auch noch anders gestalten, und ich habe zur Zeit zwei einschlägige Fälle in Behandlung. Die beiden Patienten, die früher niemals an Herpes gelitten hatten, kamen mit typischem Herpes praeputialis zu mir. Einer von ihnen hatte sogar auch auf der Mund- und Lippenschleimhaut Herpes. Bei beiden waren die Bläschen 4—5 Tage nach dem letzten Coitus erschienen. Dieser Herpes heilte nun aus. Dafür aber entwickelten sich an Punkten, wo niemals Herpesbläschen gesessen hatten, ein spezifisches Ulcus, dem bald auch Roseola u. s. w. folgten.

Aus diesen Beobachtungen läßt sich folgende Lehre ziehen: Man soll jedem Herpes praeputialis mißtrauen, wenn er sich zum ersten Mal bei einem Erwachsenen einstellt und man keine andere Erklärung als einen verdächtigen Coitus für ihn findet. Ein solcher Herpes praeputialis kann der Vorläufer eines syphilitischen Schankers sein.

(Übersetzt von Dr. Türkheim-Hamburg.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1899.

Originalbericht von Dr. JOHN HIRSCH-Berlin.

LESSER stellt eine Patientin mit **Herpes gestationis** vor. Während in der Mehrzahl der Fälle diese Affektion in der Schwangerschaft auftritt, begann hier die Erkrankung 3—4 Monate nach der letzten Entbindung — im Juli 1897. Ca. 8 Monate später, bei Beginn einer neuen Schwangerschaft, verschlimmerte sich das Leiden; namentlich sah man auf dem Rumpfe immer neue Eruptionen auftreten. Zu der Blasenbildung gesellte sich ein Erythem. Niemals hörte die Affektion ganz auf; gegen Ende der Schwangerschaft sah man nur geringe Reste der betreffenden Hauterkrankung. Am 21. November v. J. machte die Patientin eine normale Geburt durch. Am fünften Tage post partum trat eine erhebliche Steigerung der Hautaffektion ein, die dann allmählich zurückging. Es schien im Anfang, daſs die Erkrankung Narben zurücklassen würde, aber es ist dies nicht der Fall. Augenblicklich sieht man nur wenig von dem Exanthem; wenige Stellen zeigen eine starke Pigmentation. Fieber bestand nicht; die Beschwerden bestanden nur in Jucken und Brennen.

OESTREICHER stellt einen Patienten mit einer Affektion vor, deren Diagnose Schwierigkeiten macht. Seit acht Monaten leidet Patient an einem Prozeſs, der über den ganzen Körper sich verbreitete. Derselbe wurde von NEISSER als ein akutes universelles Ekzem aufgefaſst. Er sah aus wie ein gekochter Krebs. An Händen und Füſsen sieht man Rhagadenbildungen. Die Haut schuppt intensiv. An einzelnen Stellen sieht man weiſse Flecke von der Gröſse eines Ein- bis Zweimarkstückes. — LESSER hält die Erkrankung für eine im Anschluſs an Psoriasis entstandene **Dermatitis universalis**. Ganz derselben Meinung sind ROSENTHAL und SAALFELD. — OESTREICHER hält die Erkrankung für eine **Pityriasis rubra**. Die Behandlung ist aussichtslos.

POSNER führt einen Patienten mit **Plaque indurative des Penis** vor. Ein Trauma oder Syphilis sind für die Entstehung auszuschlieſsen. Auch liegt kein entzündlicher Prozeſs vor. Es handelt sich um eine knorpel- bis knochenharte Stelle am Dorsum penis. Penisknochen sind nur wenig beim Menschen beschrieben worden. Das Actinogramm läſst einen dunklen Fleck erkennen, den GRUNMACH für Knorpel anspricht. Es würde sich demnach um ein Osteochondrom am Penis handeln. Der Patient ist 41 Jahre alt; gewöhnlich treten diese Einlagerungen erst jenseits der fünfziger Jahre im arteriosklerotischen Alter ein. Die Beschwerden sind gering, nur die Erektion ist erschwert; der Penis weicht nach der von der Einlagerung befallenen Seite ab. Der Gedanke, dem Patienten durch eine Operation zu helfen, ist abzuweisen, weil sich an dem Orte der excidierten Affektion eine Narbe bilden würde, welche die gleichen Störungen hervorruft wie das jetzt bestehende Osteochondrom.

BLASCHKO hat zwei solcher Fälle zu sehen Gelegenheit gehabt. Auch hier ging keine Cavernitis interstitialis, keine Syphilis voraus. Trotz Jodkalium und Massage war keine Besserung zu erzielen. — BUSCHKE hat in Breslau einen ähnlichen Fall von sogenanntem Penisknochen gesehen. Auch hier bestand Strabismus des Penis. Alle therapeutischen Maſsnahmen wie Jodkalium, Massage, heiſse Breiumschläge blieben erfolglos.

Hierauf stellt Lion eine Kranke mit **syphilitischer Endarteriitis** vor. Die Beschwerden sind auf Herzsyphilis und auf Aneurysma der Aorta zurückzuführen.

Freund demonstriert eine Patientin mit einem stark ausgesprochenen **drusigen Jodexanthem** des Gesichts namentlich an der Nase. Die Eruptionen haben papillären Charakter. — Lesser fragt an, ob das Jodexanthem ähnlich dem von Brom hervorgebrachten siebartige Narben zurückläſst. — Rosenthal führt aus, daſs das Jodexanthem zum Unterschied von Brom keine siebartigen Narben zurückläſst.

Gerson zeigt einen Fall von **Onychomykosis tonsurans** und wirft die Frage auf, ob man auf chirurgischem oder medikamentösem Wege am schnellsten zum Ziele kommt. Lesser empfiehlt beide zu gleicher Zeit.

Gerson stellt auſserdem noch eine Patientin mit **Syphilis gummosa serpiginosa** vor.

Nach Eintritt in die Tagesordnung hält Plachte seinen angekündigten Vortrag: **Hypothese über die Ätiologie der Hautpigmentanomalien.** Nach Abheilung der im Frühstadium der Syphilis gesetzten Hauteruptionen tritt eine Pigmentveränderung, das Leukoderma, sehr häufig auf. Wir fassen das Leukoderma als eine parasyphilitische Erkrankung auf. Es muſs aber ein Kausalnexus zwischen Syphilis und dieser eigentümlichen Pigmentveränderung bestehen. Das Leukoderma entsteht, weil die Syphilis heilt. Nach Überstehung der Infektion bilden sich im Körper Schutzstoffe, die eine Immunisierung des Körpers herbeiführen. Das Leukoderma zeigt uns an, daſs Schutzstoffe im Körper vorhanden sind. Es erscheint ja auch im vierten Monat, nachdem eine gewisse Immunität des Organismus eingetreten ist. Verschwindet das Leukoderma, so seien auch die Schutzstoffe ausgeschieden. Es treten alsdann oft die Recidive auf. Auch die anderen Pigmentanomalien, wie die Epheliden, Vitiligo, Morbus Addisonii, bringt Plachte in Zusammenhang mit Bildung von Schutzstoffen nach überstandenen Infektionskrankheiten. Ferner weist der Vortragende darauf hin, daſs die Chloasmata bei solchen Phthisikern auftreten, welche gar keine Haemoptoe haben. Auch diese Pigmentanomalie deutet er dahin, daſs Schutzstoffe im Körper zurückgehalten werden. Am Schlusse dieser hypothetischen Ausführungen führt der Vortragende noch aus, daſs die Serumtherapie bei der Syphilis vielleicht dann zum Ziele führt, wenn man das Serum solcher Patienten benutzt, bei denen eben das Leukoderma aufzutreten beginnt.

Lesser kann sich mit diesen theoretischen Ausführungen durchaus nicht einverstanden erklären. Das Leukoderma tritt als Rest der vorhanden gewesenen Papel auf; es hat ein Übermaſs von Resorption stattgefunden. Auch bei dem Schwinden der Psoriasisefflorescenz sehen wir eine Pigmentresorption; es bildet sich eine Art Leukoderma psoriaticum. Das Leukoderma bei Syphilitikern ist keine syphilitische Erscheinung; es ist nur das Residuum, die Narbe der vorausgegangenen Papel. Das Leukoderma bleibt durch Hg unbeeinfluſst. Bei Kindern tritt das Leukoderma deshalb so selten auf, weil bei ihnen das papulöse Exanthem selten vorkommt. Auch was die anderen Pigmentanomalien betrifft, so kann man sie nicht in Zusammenhang mit den Schutzstoffen bringen. Es kommt wohl vor, daſs z. B. Vitiligo nach akuten Infektionskrankheiten auftritt; in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch ein Zusammenhang nicht statuiert werden. — Die weitere Diskussion wurde auf die nächste Sitzung vertagt.

Dann sprach Joseph unter Demonstration mikroskopischer Präparate über **Keloide.** Beim Studium der in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen der letzten Jahre hat Vortragender den Eindruck gehabt, als ob man darangeht, einen Unterschied zwischen dem falschen und wahren Keloid wieder vollkommen aufzuheben. Während Kaposi und viele andere vor und nach ihm die beiden vollständig diffe-

renten Prozesse klinisch und anatomisch auseinander halten, scheint dieser Unterschied in den letzten Jahren nicht mehr gemacht zu werden. Ganz besonders geht dies aus der Histopathologie der Hautkrankheiten von Unna hervor, der sogar alle wahren Keloide auf Kratzeffekte zurückführt, die in einem seborrhoischen Ekzem an dieser typischen Stelle entstehen sollen. Die histologischen Untersuchungen haben den Vortragenden eines anderen belehrt. Da derartige Keloide immerhin selten zur mikroskopischen Untersuchung gelangen, betrachtet er es als ein besonderes Glück, daſs er hierzu mehrere Male Gelegenheit hatte. Das erste Mal kam er dazu, als vor einigen Jahren ein hiesiger 18jähriger Schlachter einen Hieb mit einem Bierglas auf den Kopf bekam. Die dadurch entstandene kleine Wunde wurde auf einer Sanitätswache genäht. Diese heilte per primam, es entwickelte sich an deren Stelle ein sog. Narben- oder falsches Keloid. Dieses verursachte lebhafte Schmerzen; man muſste daher zur Exstirpation schreiten. Joseph war sich wohl bewuſst, daſs es ziemlich prekär ist, Keloide zu exstirpieren. Es sei nur an die neueste Arbeit von Wilms im *Archiv für klinische Chirurgie* erinnert, wo davor gewarnt wird. Indessen war doch die Annahme maſsgebend, daſs vielleicht Glassplitter in dem Tumor vorhanden sein konnten, welche die Schmerzen verursachten. Die Exstirpation gelang sehr leicht; die Heilung geschah per primam intentionem. Der Patient war danach 2¹/₂ Jahre in Beobachtung ohne jede Spur eines Recidivs. J. hat den Tumor beinahe in Serienschnitte zerlegt, ohne daſs die Spur eines Fremdkörpers gefunden ist. Nirgends hat er eine Andeutung eines Papillarkörpers gefunden. Schütz hat darauf hingewiesen, daſs, wenn Serienschnitte gemacht würden, man vielleicht noch an vielen Stellen einen Papillarkörper vorfände, weshalb der Unterschied zwischen wahrem und falschem Keloid gleich Null wäre. In diesem Falle ist es nicht gelungen, eine Spur eines Papillarkörpers zu finden. Das Merkwürdige dieses Tumors ist die Septierung, was J. auf die kurze Zeit des Bestehens zurückführt. Diese Septen bestehen aus einem normalen Kollagen, das als Rest der Narbe zu erklären ist. Zwischen den Septen findet man, daſs zahlreiche Tumorzellen in Nestern und Haufen wellenförmig angeordnet, koncentrisch, gewöhnlich um ein Lymphgefäſs geschichtet sind. Diese Anordnung tritt nicht überall so deutlich hervor, weil oft genug durch die koncentrische Schichtung des Tumors das Lymphgefäſs schon erdrückt ist. Diese Zellen zeigen durchweg einen hellen, bläschenförmigen Kern, der fast stets 1—2 Kernkörperchen enthält. Das Chromatingerüst ist bald sehr lose angeordnet und nur schwach färbbar, bald dichter und intensiv gefärbt. Sehr häufig beobachtet man Kernteilungsfiguren. Der Leib der Zelle ist meist länglich oval und nur schwach gefärbt. Man kann mit einiger Sicherheit verfolgen, daſs sie aus der Umgebung der kleinsten Gefäſse periadventitiell entstehen, durch die Lymphbahnen verschleppt werden, sich zwischen dem septierten Bindegewebe einschachteln und zum Tumor Veranlassung geben. Wenn man das Schicksal der Tumorzellen weiter verfolgt, so findet man eine ganze Reihe von Kernteilungsfiguren. An anderen Präparaten sieht man die wirbelförmige Anordnung um ein Gefäſs und die Entwickelung der Tumorzellen zu Fibroblasten, welche Unna als Plattenzelle des Granulationsgewebes beschreibt. Man kann direkt unter dem Mikroskope die Veränderung der Zellen verfolgen. Man findet schlieſslich längliche, spindelförmige Zellen mit stäbchenförmigem Kern, welche in Zügen angeordnet sind, deren Richtung eine auſserordentlich wechselnde ist. Zwischen den Zellen findet sich eine feinfaserige Intercellularsubstanz. Dieser Tumor wurde auf elastische Fasern untersucht, die beim Narbenkeloid nicht vorhanden sein sollen. Diese Thatsache bestätigte sich. Man sieht im normalen Gewebe elastische Fasern, im Keloid aber nichts davon. Man sieht im Tumor keine Spur von Haaren, keine Schweiſs- und Talgdrüsen, also ein richtiger Narbentumor. Es wäre interessant — Schütz hat

darauf hingewiesen — zu erfahren, ob die elastischen Fasern durch Druck verloren gehen oder besondere chemische Degenerationen eingehen, wodurch die Farbstoffe, z. B. das Orcein an ihnen nicht mehr eine wirksame Färbung hervorbringt. Unna ging diesem Gedanken in seiner Arbeit über „Elastin und Elacin“ nach. Es wurde ein Präparat nach Unna mit Wasserblau und Saffranin gefärbt. Es fehlt jede Spur von Elacin, sodafs wir annehmen können, dafs diese elastischen Fasern zu Grunde gehen. Man findet Spuren davon in den Septen, in dem Kollagen. Dieses, die Grundsubstanz der Narben, geht später eine hyaline Degeneration ein.

Es war nun interessant zu verfolgen, was wird aus solchen Tumoren. In den Arbeiten von Wilms und Thorn sind allerdings Andeutungen auch von einem frühzeitig exstirpierten Keloid vorhanden, wo solche Wirbelbildungen vorhanden waren. J. freut sich, dafs hier eine Ähnlichkeit besteht und nun einige ähnliche Beobachtungen bereits vorliegen. Dafs man dieses Bild nicht früher fand, liegt gewifs daran, dafs man nicht so frühzeitig exstirpierte, sondern wenn man sich überhaupt zur Exstirpation der Keloide entschlofs, solches immer nur sehr spät und im äufsersten Falle that. — Das weitere Schicksal solcher Tumoren hatte J. Gelegenheit in einem Narbenkeloid der Mamma zu verfolgen. Nach Exstirpation eines Carcinoms der Mamma stellte sich ein Narbenkeloid ein, dessen Exstirpation zwei Jahre nach der Carcinomoperation erfolgte. Man sieht, dafs die Tumorzellen vollkommen verschwinden und ein reines Fibrom da ist, also eine Form des Keloids, wie man sie auch von jeher beschrieb. Jene oben beschriebenen merkwürdigen Tumorzellen haben sich sämtlich zu Bindegewebsfasern umgewandelt, welche ihre koncentrische Anordnung beibehalten haben.

Weiter hatte J. noch Gelegenheit, histologische Untersuchungen darüber anzustellen, ob sich auch Unterschiede zwischen einem Narbenkeloid und einer hypertrophischen Narbe ergeben. J. konnte eine hypertrophische Impfnarbe untersuchen. Auch hier fehlt jede Spur eines Papillarkörpers. Unmittelbar an die Epidermis grenzt das Narbengewebe. Die Zellen sind in langen parallelen Zügen angeordnet, deren Richtung sich vielfach kreuzt; in ihrer Mitte sieht man Gefäfse verlaufen. Das Gewebe setzt sich aus zwei Zellformen zusammen: 1. langgestreckte Spindelzellen mit langem, stäbchenförmigem Kern, zwischen ihnen eine feinfaserige Grundsubstanz, denen sich die Zellen in ihrer Form enge anschliefsen; 2. weitverzweigte plattenförmige Zellen, deren Protoplasma eine eigentümliche, gitterähnliche Struktur zeigt, der Kern ist meist nicht deutlich sichtbar, wohl aber das Kernkörperchen. Auch hier ist eine Zellvermehrung zu beobachten, welche die Entstehung der Zellen daselbst wahrscheinlich macht, doch kann man nirgends beobachten, dafs ein Transport der Zellen von hier stattfindet. Es handelt sich hier offenbar um eine einfache Hypertrophie und Hyperplasie der Zellen des Granulations- und Narbengewebes, von einer Tumorbildung kann man aber nicht sprechen. Dagegen beobachtete man in dem ersten Falle eine ausgesprochene Differenzierung bindegewebiger Elemente zu besonderen Tumorzellen, welche sich auch in ganz besonderer Weise differenzierten. Dazu kommt noch, dafs die hypertrophische Narbe gegen die Subcutis nicht scharf abgegrenzt ist, vielmehr hier ein ganz allmählicher Übergang zu konstatieren ist. Das Narbenkeloid in J.'s erstem Falle dagegen war gegen die Subcutis durch eine Zone abgegrenzt, welche aus dicht gedrängten kleinen Spindelzellen besteht, zwischen denen man vereinzelte Mastzellen beobachtet.

Unbekannt ist uns freilich, woher es kommt, dafs bei einzelnen Menschen sich aus ganz geringfügigen Narben Keloide entwickeln. Mit dem Worte „Disposition“ werden wir uns vorläufig begnügen müssen. Indessen ist es doch bemerkenswert, dafs man bei der hypertrophischen Narbe in dem tiefsten Teil des Corium eine Andeutung

der Wirbelbildung erkennt. Es ist nicht ausgeschlossen, daſs bei irgend einem Reiz von diesen Stellen der Anstoſs zu einem ähnlichen Bild ausgeht, wie wir es oben beim Narbenkeloid gesehen haben. Auf diese Histiogenese wäre daher bei späteren Untersuchungen besonders zu achten.

Im Gegensatz zu diesen narbigen Veränderungen zeigte der Vortragende ein wahres Keloid von der Brust, der üblichen Prädilektionsstelle dieser Gebilde, dem Sternum. Der Patient wuſste niemals etwas von einem Trauma. Trotzdem J. sich bewuſst war, daſs man es nicht exstirpieren sollte, hat er es doch gethan, da der Patient es selbst wünschte, und es J. sehr gelegen kam. ein mikroskopisches Bild von dieser seltenen Geschwulst zu erhalten. Man sieht, daſs der Papillarkörper über der Geschwulst hier vollkommen erhalten ist. Zwischen der Epidermis und dem Tumor befindet sich vollkommen normales Kollagen. Der Tumor besteht aus einer Reihe spindelförmiger Fasern mit längs verlaufenden Gefäſsen. Diese Anordnung geschieht etwa parallel der Oberfläche der Epidermis. Die Geschwulst besteht aus einem zellen- und faserreichen fibrösen Gewebe. Zwischen den lockern Bindegewebsfasern befinden sich nur wenige rundliche Zellen von dem Charakter junger Bindegewebszellen.

Joseph zeigt noch ein Präparat von einem wahren Keloid, auf elastische Fasern gefärbt. Dieselben sind im normalen Corium, zwischen Tumor und Epidermis in ungeheurer Menge entwickelt, während von ihnen keine Spur in das Keloid hineingeht.

Die Unterschiede sind nun bedeutend genug, um daran fest zu halten, daſs man unterscheiden muſs zwischen dem Narbenkeloid und dem wahren Keloid. Hier handelt es sich um zwei getrennte Prozesse. Er stimmt in seinen Schluſsfolgerungen im wesentlichen mit der schon von Warren, Kaposi und anderen vertretenen Anschauung, daſs das Narbenkeloid von dem wahren Keloid scharf zu trennen ist. Das sogenannte Aknekeloid, glaubt J., gehört nicht hierher, sondern ist wahrscheinlich unter die infektiösen Granulationsgeschwülste zu rechnen.

Zum Schlusse noch einige praktische Bemerkungen. Über die Therapie der Keloide findet man in der Litteratur sehr schwankende Anschauungen. Die einen sagen, man soll die Hände weglassen, andere, es sei nicht besonders gefährlich zu operieren. J. kann nur von den wenigen, oben skizzierten Fällen sprechen; er war erstaunt, als nach der Operatien kein Recidiv sich einstellte. Die Litteratur ergiebt, daſs in einer ganzen Reihe von Arbeiten angeführt wird, daſs nach der Keloidoperation kein Recidiv eingetreten. Wahrscheinlich wird es da auch verschiedene Formen von Keloiden geben. Bei Narbenkeloiden hat, darin stimmt J. mit Bocqo überein, die Elektrolyse ausgezeichnete Erfolge ergeben. J. würde jedem Kollegen raten, sich dieser Methode zu bedienen. J. hat die Elektrolyse mehrfach mit sehr gutem Erfolge angewendet; die Schmerzen sistierten, und es erfolgte kein Recidiv.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 16. (4.) Dezember 1898.

(Auszug aus dem Referat im *Wratsch*. 1898. No. 52.)

1. Kracht demonstrierte einen 20jährigen Patienten mit **Molluscum fibrosum cutis**. Auf dem ganzen Körper finden sich kleinere und gröſsere bräunliche Flecke und Geschwülste; letztere zu etwa 100 an Zahl. Die Geschwülste sind weich, asymmetrisch angeordnet, schmerzlos, stellenweise streng von der Umgebung abgegrenzt, stellenweise in dieselbe übergehend. Die beiden gröſsten Geschwülste sitzen auf dem Steiſsbein und auf dem Kopf. Patient macht äuſserlich schon einen degenerierten Eindruck, was bestätigt wird durch die sehr geringe vorhandene Intelligenz und durch ein schlechtes Gedächtnis. Patient ist ferner rhachitisch und hat ein Vitium cordis.

Anamnestisch ergiebt sich, daſs er von einem syphilitischen, dem Alkoholmiſsbrauch ergebenen Vater abstammt. K. spricht den Fall für ein Molluscum fibrosum s. simplex (Fibroma molluscum nach VIRCHOW, Elephantiasis congenita, Neuromatosis nach BRUNS) an und zwar als diejenige Form, welche sich durch Geschwülste auszeichnet. Ätiologisch sieht K. die Syphilis und den Abusus spirituosorum des Vaters für bedeutungsvoll an. Im Anschluſs an diese Demonstration referierte K. über zwei weitere ähnliche Fälle, von denen der eine der Privatpraxis von Prof. POSPELOW angehört, der andere von Dr. KOWNATZKI beobachtet und auf dem letzten Moskauer internationalen medizinischen Kongreſs demonstriert worden ist. Auch diese beiden Fälle betrafen degenerierte Subjekte.

2. KÜSEL stellte einen Kranken mit **Elephantiasis mollis** der unteren Körperhälfte vor. Die unteren Extremitäten sind mit Ausnahme der Füſse zu umförmlichen, cylindrischen Massen umgewandelt. In der Mitte der Oberschenkel messen sie 77 cm. Diese Verdickung beschränkt sich aber nicht auf die unteren Extremitäten, sondern betrifft auch das Gesäſs und den Leib und hört erst in der Taillengegend auf. Die Brüste sind wie bei einer Frau. Die Geschlechtsorgane werden ganz bedeckt von der über sie hängenden Haut. Die Veränderung betrifft nur die Haut und das Unterhautzellgewebe, aber nicht die Muskulatur und die Knochen. Die Haut ist glatt, weich und zeigt gar keine Spuren eines entzündlichen Prozesses. Die Inguinaldrüsen sind vergröſsert. Die Krankheit hat sich im Laufe von zehn Jahren entwickelt. In der Familie ist zwar Neigung zu Podagra, aber nicht zu einer derartigen Veränderung der Haut gewesen. K. deutet den Fall nicht als Elephantiasis Arabum, weil gar keine entzündlichen Prozesse vorangegangen sind, weil sich die Affektion nicht auf die Extremitäten beschränkt etc., sondern als Elephantiasis mollis, Pachydermia, Pachydermatocele, Dermatolysis oder Cutis pendula.

3. GOWSEJEFF als Gast sprach über die Vervollkommnungen in der Herstellung von **Obturatorien.**

4. TSCHLENOW, GLAWSCHE und SAKREPA demonstrierten Patienten, auf welche sie in den folgenden Sitzungen näher eingehen wollten. *A. Jordan-Moskau.*

Sitzung vom 30. (18.) Dezember 1898.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

Zu Beginn der Sitzung beglückwünschte der Sekretär FIWEISKY den Präsidenten Prof. POSPELOW zur Wahl zum Ehrenmitgliede der Wiener dermatologischen Gesellschaft, worauf letzterer erwiederte, daſs er in dieser hohen Auszeichnung eine Ehrung der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft sehe.

1. TSCHLENOW demonstrierte einen ungewöhnlichen Fall von **Tuberculosis cutis.** Es handelte sich nämlich um erhabene und nicht erhabene, gröſsere und kleinere, runde und ovale, teilweise anästhetische Flecke bei einem 50jährigen Fabrikarbeiter, welche auf den ersten Blick an Lepra erinnerten. Die ersten Flecke sollen nach Angabe des Patienten vor drei Jahren auf dem rechten Arm und rechten Oberschenkel aufgetreten sein, später sind dann weitere Flecke auf dem übrigen Körper und auch auf dem Gesicht aufgetreten. Mikroskopisch lieſsen sich reichliche Riesenzellen und verhältnismäſsig reichliche Tuberkelbacillen nachweisen, sodaſs die Diagnose nicht Lepra anaesthetica, sondern Tuberculosis lautete. Zur Unterstützung der mikroskopischen Diagnose muſs angeführt werden, daſs die Bacillen für Lepra anaesthetica viel zu reichlich gefunden wurden und daſs die Anästhesie merkwürdigerweise die frischen und nicht die alten Herde betrifft.

Diskussion: POSPELOW bestätigt, daſs der Fall klinisch vollkommen an Lepra anaesthetica erinnert, daſs aber mikroskopisch diese Diagnose unmöglich ist. Zufällig

befindet sich augenblicklich noch ein zweiter derartiger Fall in der Klinik, welcher in der nächsten Sitzung demonstriert werden soll. Diese beiden Fälle legen die Vermutung nahe, daſs mancher als Lepra gedeutete Fall Tuberkulose sein könnte. Bisher stritt man bei manchen Fällen, ob es die Morvansche Krankheit oder Lepra sei; in Zukunft wird vielleicht sich ein Streit entwickeln, ob es Lepra oder Tuberkulose ist.

2. Glawsche stellte ein 19 jähriges Bauernmädchen mit **allgemeiner Ichthyosis** vor, welche aber am stärksten ausgeprägt ist in den Achselhöhlen, an den Ellenbeugen und den Kniekehlen, also gerade den Stellen, wo die Ichthyosis für gewöhnlich am geringsten ausgeprägt zu sein pflegt. Neben diesen Erscheinungen zeigt das Mädchen noch eine Ankylose im dritten Phalangealgelenk des vierten Fingers der rechten Hand und eine strangförmige, cirkulär laufende Einschnürung am kleinen Finger derselben Hand. Letztere Erscheinung führt G. auf Druck durch die derbe Epidermis zurück. — Pospelow stimmt dem nicht bei, sondern diagnostiziert neben der Ichthyosis noch das Vorhandensein von Sklerodaktylie, welche gleichwie im Duhringschen Fall zu der Einschnürung geführt hat.

3. Pospelow berichtet einen weiteren Fall von **günstiger Beeinflussung der Elephantiasis Arabum durch Kalomelinjektionen.** Das rechte elephantiastische Bein der betreffenden Patientin ist, obgleich keine Lues bestanden hat, nach sechs Injektionen von je 0,05 Kalomel um 6 cm dünner geworden.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band IX, Heft 11 und 12.

Echinokokken in den Harnwegen, von Manasse. In Posners Poliklinik beobachtete Verf. einen 62 jährigen Schäfer, der mit dem Urin gallertige Massen entleerte, die sich als Hydatidenblasen erwiesen. Cystoskopisch lieſs sich die rechte Ureterenmündung als Durchgangsstelle der Blasen erkennen, die Röntgenphotographie ergab in der rechten Lumbalgegend einen ausgedehnten Schatten, ein Beweis, daſs die Echinokokkencysten für Röntgenstrahlen nicht durchgängig sind. Da der Patient anfing zu fiebern und kachektisch wurde (Vereiterung der Cyste), wurde zur Operation geschritten: Nephrotomie und Drainage führten Heilung herbei. Verf. beschreibt dann im folgenden die in der Litteratur mitgeteilten Fälle von Nierenechinokokken mit Durchbruch ins Nierenbecken, sowie Symptome und Diagnose der Erkrankung, die oft dunkel sind, bis der Durchbruch ins Nierenbecken und damit Abgang von Hydatidenblasen erfolgt. Prognostisch ist dieser Durchbruch günstig, als eine Art Naturheilung aufzufassen. Die Therapie soll sich, nach gestellter Diagnose, auf Nephrotomie und Drainage beschränken. In einem folgenden Abschnitt seiner Arbeit beschreibt Verf. die mitgeteilten Fälle von Echinokokken der Harnblase und in der Umgebung der Harnblase. Auch hier ist kein fixiertes Symptomenbild vorhanden, die Diagnose wird wohl meist nur per exclusionem durch Nachweis eines prallelastischen Tumors in der Harnblase zu stellen sein.

Über unilaterale Hämaturien zweifelhaften Ursprungs und ihre Heilung durch Nephrotomie, von Th. Rovsing. Die vier von Verf. beobachteten Fälle, welche sämtlich durch Nephrotomie geheilt wurden, lieſsen Tuberkulose, Tumor- und Steinbildung als Ursache der Blutung vermissen. In solchen Fällen kann man Dislo-

kation der Niere, Drehung des Stiels, Knickung der Ureteren, Korsettdruck und die dadurch bedingte venöse Stauung als Ursache ansprechen, die die Blutung hervorruft. Es kommen aber auch Fälle vor, wo bei der Operation sich absolut keine derartige Ursache der Blutung erkennen läfst, die dennoch durch die Nephrotomie geheilt werden.

Band X, Heft 1.

1. **Die perineale Hodenverlagerung,** von WEINBERGER. (Referat folgt.)

2. **Über die Orchidotomie, Probeincision des Testikels mit partieller Abtragung bei Tuberkulose des Hodens,** von XAVIER DELORE. Verf. berichtet unter Anführung von zwei Krankengeschichten über das von PONCET angegebene neue Verfahren zur Operation der Hodentuberkulose. Während früher bekanntlich meist die Kastration beliebt wurde, ist man in neuerer Zeit in Frankreich zu konservativerem Verfahren übergegangen, wie Epididymektomie oder Curettement mit nachfolgender Kauterisation. PONCET hat nun empfohlen, in den Fällen, wo der Hoden selbst gesund erscheint, eine Probeincision durch denselben zu legen, die das Parenchym gründlich freilegt und eine genaue Besichtigung gestattet. Findet man den Hoden gesund, so wird die Tunica albuginea einfach mit einigen Katgutnähten wieder vernäht; nie folgte Gangrän des Hodens; findet man Tuberkelknötchen oder fungöse Massen im Hoden, so wird nur das Erkrankte unter Schonung des gesunden Gewebes reseziert und so ein die Patienten psychisch sehr befriedigendes Resultat erreicht.

3. **Urologische Apparate,** von KOLLMANN. Auf der 70. Naturforscher-Versammlung demonstrierte Verf. einige von ihm angegebene Verbesserungen an urologischen Apparaten, nämlich eine Modifikation des OTISschen Intraurethrotoms, welches eine genaue Einstellung der strikturierten Stelle und Schnittführung von hinten nach vorn gestattet, ferner einen Dampfsterilisator für Spüldehner, das NITZE-OBERLÄNDERsche Urethroskop mit verbesserter Lichtbefestigung und Änderungen am Photographierurethroskop. *F. Hahn-Bremen.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band II, Heft 3. (Dezember 1898.)

Ein neues Instrument zur Massage der Vorsteherdrüse, von E. SONNENBERG, Die Massage der Prostata mit dem Finger ist unangenehm und bei hoher Lage derselben nicht ausführbar. Die Instrumente von FELEKI und FINGER gestatten keine genaue Lokalisation und keine Bestimmung der Gröfse des Widerstandes; oft werden unnötigerweise die Samenbläschen mitgetroffen. Vollkommen ersetzen kann hier überhaupt kein Instrument den Finger, da der Tastsinn fehlt. Verfasser empfiehlt als nützlich ein Instrument, bestehend aus einem vorne geschlossenen hohlen Cylinder von Neusilber, der über den Zeigefinger geschoben wird. Das offene Ende ist so gestaltet, dafs es sich dem Metakarpalknochen in passender Weise anschmiegt. Die Massage der Prostata mit diesem Instrument kommt derjenigen mittelst des Fingers am nächsten.

Band II, Heft 4. (Januar 1899.)

Über Tuberculosis cutis propria, von ERNST BLOCH. Unter den verschiedenen Formen der Hauttuberkulose ist die Tuberculosis cutis propria die seltenste. Sie sitzt meistens an Schleimhautübergängen. Ganz vereinzelt sind Fälle von Tuberculosis cutis propria an Arm, Penis, Hand, Finger beobachtet. Verfasser berichtet über eine Patientin, die am Anus, Darm, Labium majus flache Ulcerationen mit blafsrötlichem, glattem Grunde, zackigen, ausgenagten, ausgebuchteten Rändern, kleinen, graugelben Knötchen hatte. Die Patientin war im letzten Stadium der Phthisis. — Verfasser be-

gründet die Diagnose auf klinische und histologische Momente. — Die Entstehung der Hauttuberkulose in solchen Fällen führt auch Verfasser auf direkte Inokulation durch tuberkulöses Virus mit den Dejektionen zurück.

Die innerliche Behandlung der Prostatorrhoe ex Prostatitide chronica mit Prostatasubstanz, von Heinrich Oppenheimer. Verfasser hat 17 Fälle wahrer Prostatorrhoe mit Prostatasubstanz von Burroughs, Wellcome & Co. behandelt. Er teilt die Patienten in drei Gruppen: 1. Acht Fälle nicht komplizierter Prostatorrhoe, wo die wiederholte mikroskopische Untersuchung des Sekretes auf Gonokokken negativ ausfiel. Sämtliche Fälle wurden in 2—14 Tagen mittelst der Prostatasubstanz vollkommen und dauernd geheilt. — 2. Drei Fälle nicht komplizierter Blennorrhoe, wo das Mikroskop bei einmaliger oder wiederholter Untersuchung Gonokokken ergab. Hier war der Erfolg stets ein schlechter, indem das Sekret und die Zahl der Gonokokken beträchtlich zunahm, solange die Prostatasubstanz gereicht wurde. — 3. Sechs Fälle von Prostatorrhoe, die mit chronischer Urethritis posterior kompliziert waren, bei denen das Sekret amyloide Körper, Boettchersche Krystalle, Cylinder in zweischichtiger Anordnung als sichere Zeichen einer Beteiligung der Prostata zeigte. Hier wurde neben der Organotherapie noch lokal behandelt. In fünf Fällen war kein Erfolg zu konstatieren, im sechsten wurde Heilung erzielt. Es handelte sich wohl um eine gonokokkenfreie Prostatitis bei blennorrhoischer Urethritis posterior. — Aus diesen Beobachtungen schliefst Verfasser, dafs die Prostata auf die innerliche Darreichung von Prostatasubstanz reagiert und in Fällen, in welchen das Sekret keine Gonokokken enthält und diese auch nicht während der Therapie auftreten, gute Heilresultate zu erzielen sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1898, Heft 12.

Ist das Ekzem eine parasitäre Krankheit? Eine kritische Studie von Louis Török. Die Arbeit wendet sich gegen eine Monographie von Leredde (l'Eccéma, maladie parasitaire; Paris 1898, Masson), in welcher dieser, sich auf die Unnaschen Untersuchungen stützend, für das Ekzem keinen andern als einen parasitären Ursprung zuläfst. Demgegenüber weist Török nun darauf hin, dafs diejenige impetiginoide Form, bei der Unna seinen Morococcus gefunden hat, viel eher zur Impetigo als zum Ekzem gehört. Wenn also der Morococcus wirklich der Urheber jener Form ist — was auch noch in Frage steht —, so wäre er damit doch noch lange nicht als der Parasit des Eccema vesiculosum simplex anzusprechen. Thatsächlich finden sich in den Vesikeln des letzteren ja nur selten vereinzelte Kokken. Für ebensowenig beweiskräftig hält T. die klinischen Thatsachen, die Leredde zur Stütze seiner Ansicht anführt; diese sind die Autoinokulation des Ekzems und die Thatsache, dafs jede kleinste abnorme Hautöffnung zur Eingangspforte für das Ekzem werden kann. Einstweilen, so schliefst Török seine kleine Abhandlung, ist die parasitäre Natur des Ekzems noch durch nichts bewiesen.

Neun weitere Fälle von Pseudoparalysis syphilitica, von Moncorvo. Nachdem Moncorvo früher schon über acht Fälle von Parrotscher Krankheit berichtet hat, enthält die vorliegende Veröffentlichung neun weitere Fälle, die er sämtlich in Rio de Janeiro beobachtet hat. Sie betrafen durchweg Kinder von höchstens drei Monaten. Die Knochenerkrankung safs in sieben Fällen nur an den Oberextremitäten, meistens dem Radius; in zwei Fällen war auch der Femur bezw. die Tibia befallen. Druckschmerz bildete neben der völligen Unbeweglichkeit das beständigste Symptom, mehrmals war aber auch Krepitation deutlich nachweisbar. Ein Trauma war in

keinem der Fälle vorhergegangen. Im Gegensatz zu Parrot, der eine recht ungünstige Prognose stellt, erzielte M. in allen seinen Fällen bei geeigneter Behandlung völlige Heilung.

Über ein angiomatöses Tuberkulid der Unterextremitäten, von Lebedde und Milian. Gehört das Mibellische Angiokeratom zu den Hauttuberkuliden? Zu dieser Untersuchung gab den Verfassern ein Fall von angiomatöser Neubildung — linsengroſse, runde, hervorragende, dunkelrote Flecke an den Füſsen und Unterschenkeln bei einem jungen Mädchen — Veranlassung. Auf Grund des histologischen Befundes glauben sie diese Frage bejahen zu können. Ihr Fall weist dieselben mikroskopischen Veränderungen an den kleinen Arterien und Venen auf wie das Angiokeratom Mibellis, und sie betrachten ersteren als eine Übergangsform zwischen letzterem und den eigentlichen Tuberkuliden, dem Lupus erythematosus, der Aknitis und Folliklis u. s. w. Bei diesen wird als Entstehungsursache eine Einwirkung nicht des Tuberkelbacillus selber, sondern seiner Toxine angenommen. Man wird also in der Zukunft beim Angiokeratoma auf Tuberkulose zu untersuchen haben. In dem von Verfassern beobachteten Fall bestand bedeutende Anschwellung der Halsdrüsen.

Ein Fall von diffuser Sklerodermie mit erythemato-phlegmonösen Symptomen, von J. Marty-Belfort. Ein Soldat kam mit einer groſsen erythematösen, etwas fluktuierenden Plaque an der Hinterfläche des linken Oberschenkels zur Aufnahme ins Lazarett. Bei einem Einschnitt entleerte sich seröser Eiter und die Wunde heilte nur langsam wieder zu. Eine weitere nicht entzündliche Plaque befand sich gleichzeitig in der rechten Sterno-Mastoidalgegend. Von hier aus verbreitet sich allmählig über groſse Teile des Körpers eine Sklerodermie, die die Bewegung der Arme und des Mundes stark beeinträchtigt, anscheinend auf Jodkalium etwas zurückgeht, in diesem Stadium dann aber beharrt.

Zwei Fälle von Arthropathia tarda bei der Syphilis congenita, von J. Braquehaye-Tunis. In dem einen Fall war bei einem 29jährigen Menschen das rechte Knie erkrankt. Unter geeigneter Behandlung trat bedeutende Besserung ein, später erfolgte aber wieder ein Rückfall. Der zweite Fall betraf ein 15jähriges Mädchen, bei dem beide Sterno-Claviculargelenke entzündet waren; auch hier erfolgte Heilung.

Ein Fall von Syphilis maligna praecox ohne Drüsenanschwellung, von Angelo Bennati-Ferrare. Einer 24jährigen gesunden, schwangeren Frau wird von ihrem Manne die Syphilis mitgeteilt. Danach Roseola mit heftigen Kopfschmerzen und starkem Unbehagen. Nach einigen Wochen pustulöser Ausschlag, dann Knoten in der Haut, die geschwürig zerfallen. Heftige Schmerzen und hochgradige Abmagerung der bettlägerigen Kranken bei ungenügender Behandlung und schlechter Ernährung. Bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus ist ihr Körpergewicht auf 34,7 kg gesunken. Hier erholt sie sich unter geeigneter Behandlung und wird nach fünf Monaten mit einem Körpergewicht von 53,8 kg entlassen. Ob dieser Fall durch die mangelnden Drüsenschwellungen einen so schlimmen Verlauf nahm — wie Augagneur behauptet — oder ob andere Ursachen: Schwangerschaft, schlechte Ernährung, hierfür anzuschuldigen sind, läſst Verfasser unentschieden. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1898. Heft 12.

1. **Einige Bemerkungen über die Bakteriurie,** von Krogius. Der erste Teil der vorliegenden Arbeit ist polemischen Inhalts; er wendet sich gegen die Kritik, die Rovsing in seinen Studien über die entzündlichen Affektionen der Harnwege (*Ann.*

d. mal. d. org. gén.-urin. 1897 u. 1898) an den Anschauungen und Beobachtungen des Verfassers über Bakteriurie übt. — Im zweiten Teile beschreibt der Verfasser drei Fälle von Bakteriurie, von denen zwei durch Staphylococcus pyogenes albus, einer durch Proteus vulgaris verursacht waren, also durch Mikroorganismen, die für die Blase in hohem Grade pathogen sind bezw. sein können und die überdies die Fähigkeit haben, den Urin zu zersetzen. Das Bestehen einer Cystitis konnte in allen drei Fällen mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Damit ist Rovsings Ansicht, daſs nur Bacterium coli Bakteriurie hervorrufen könne, weil es für die Blasenschleimhaut nicht pathogen sei und den Urin nicht zersetze, widerlegt. Es können vielmehr auch andere Mikroorganismen Bakteriurie erzeugen, wenn die für die Entstehung einer Cystitis notwendigen Bedingungen fehlen, ganz abgesehen davon, daſs die Virulenz ein- und derselben Mikrobienart sehr variabel ist. — In der Ätiologie der Bakteriurie spielen nach Ansicht des Verfassers die Entzündungen der Prostata eine groſse Rolle. Auch in den drei beschriebenen Fällen ging die Affektion von einer chronischen eitrigen Prostatitis aus. In solchen Fällen kann die Bakteriurie natürlich nur durch Beseitigung des ursprünglichen Krankheitsherdes zur Heilung gebracht werden. — Der Urin sah in den drei beschriebenen Fällen stark opalescierend aus und hatte bei der Entleerung keinen spezifischen Geruch. So oft der Urin schon bei der Entleerung alkalische Reaktion hatte, bildete sich im Glase alsbald ein lokerer flockiger Niederschlag, bestehend aus amorphen Phosphaten und Ammoniak-Magnesiakrystallen; die oberen Schichten wurden dagegen vollständig klar und nahezu frei von Bakterien.

2. **Myositis blennorrhoica,** von Braquehaye und LerVel. Die blennorrhoische Muskelentzündung stellt nach den Erfahrungen der Verfasser eine nicht allzu seltene Komplikation der Blennorrhoe dar. Sie tritt gewöhnlich einige Wochen nach der blennorrhoischen Infektion auf, während der Ausfluſs oft gleichzeitig geringer wird. Die Affektion ist charakterisiert durch das Auftreten schmerzhafter, harter, haselnuſs- bis taubeneigroſser Schwellungen in einzelnen Muskeln; dieselben verlieren sich ohne scharfe Grenzen und sind bei erschlafftem Muskel ebenso beweglich wie dieser selbst. Die betreffenden Muskeln sind gewöhnlich leicht kontrahiert. Die Haut über den befallenen Stellen ist normal. Die Schmerzen sind sehr heftig und anhaltend und werden durch jede Bewegung verstärkt. Daneben bestehen leichte Allgemeinerscheinungen: Temperatursteigerungen bis zu 38,5°, Pulsbeschleunigung, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Zungenbelag, Verstopfung, Schlaflosigkeit infolge der Schmerzen. — Im Gegensatz zu anderen Arten von infektiöser Myositis kommt die blennorrhoische Muskelentzündung unter entsprechender Behandlung in kurzer Zeit ohne Eiterung und ohne Atrophie zur Heilung. — Ob die Affektion eine Toxinwirkung darstellt oder ob, was dem Verfasser wahrscheinlicher ist, die Gonokokken auf embolischem Wege aus der Urethra in die Muskeln gelangen und hier Entzündung bewirken, ist nicht festgestellt. — Bezüglich der Diagnose muſs zunächst durch Ausschlieſsung von Adenitis, Arthritis, Periarthritis, Phlebitis und akuter Osteomyelitis der rein muskuläre Charakter der Erkrankung festgestellt werden. Mit Hülfe der Anamnese und Ausschlieſsung von Syphilis und Rheumatismus, sowie von Muskelentzündungen, die durch Staphylokokken- bezw. Streptokokkeninfektion von einer Hautwunde aus oder durch Autoinfektion vom Intestinum aus entstehen, kann dann die blennorrhoische Natur der Affektion mit Sicherheit bestimmt werden. — Die Therapie besteht in event. 3—4 mal täglich Borsäureverbände auf die erkrankten Gegenden, auſserdem Applikation feuchtwarmer 30—35° warme lokale Borsäurebäder von je einstündiger Dauer.

3. **Eine neue Art der Circumcision,** von Suarez de Mendoza. Nach vollständiger Loslösung des Präputiums von der Glans wird an beiden Enden des verti-

kalen Durchmessers der Präputialöffnung genau an der Stelle, wo die Haut in die Schleimhaut übergeht, je eine PÉANsche Pincette angelegt. Dann wird die Haut leicht nach hinten gespannt, indem man gleichzeitig an den Pincetten zieht. Hierauf wird dicht neben diesen je eine Branche einer KOCHERschen Pincette zwischen Glans und Präputium bis etwa 1 cm unterhalb der Corona glandis eingeführt und durch Schliefsung dieser beiden Pincetten, deren beide andern Branchen aufsen auf der Haut liegen, Haut und Schleimhaut fixiert. Nach Entfernung der PÉANschen Pincetten wird nun die Glans zurückgeschoben und dicht unterhalb der KOCHERschen Pincetten eine gefensterte Pincette angelegt, die das ganze Präputium fixiert. Durch das Fenster dieser Pincette werden in Abständen von ca. 3 mm lange Catgutfäden gelegt, deren beide Enden doppelt sein müssen, das Präputium dicht über der Pincette mit dem Bistouri weggeschnitten und die Fäden nach Durchschneidung der Schlingen geknüpft: damit ist Haut und Schleimhaut ringsum vereinigt und gewöhnlich auch die Blutung gestillt; event. sind noch weitere Ligaturen anzulegen. Die Wunde wird mit Jodoform und Jodoformgaze bedeckt. — Nach Ansicht des Verfassers ist diese Methode leicht auszuführen und ergiebt ein in jeder Beziehung befriedigendes und gleichmäfsiges Resultat.

4. **Bemerkungen über dreifsig mit Protargol behandelte Fälle von Blennorrhoe,** von REGNAULD. Nach den Erfahrungen des Verfassers hat das Protargol nur den Vorzug, dafs es keine Schmerzen und keine Reizung verursacht und daher mit Vorteil bei sehr empfindlichen Patienten angewandt werden kann. Im übrigen aber ist Protargol weder bei der akuten noch bei der chronischen Blennorrhoe dem Kalium permanganicum oder dem Argentum nitricum irgendwie überlegen.

Götz-München.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Zur Lehre von der Lepra, Kontagion und Heredität, von E. v. DÜRING. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898, No. 20 und 21.) In geistvoller und überzeugender Weise wendet sich Verf. in diesem Aufsatz gegen die drei seit Beendigung der Berliner Lepra-Konferenz erschienenen antikontagionistischen Schriften von BACH, KAPOSI und ZAMBACO. Besonders letzteren widerlegt er, da derselbe sich auf das gleiche Material wie VON DÜRING in Constantinopel stützt. Er widerlegt zunächst die Gründe, welche die genannten Forscher für ihre Ansicht vorbringen, und beweist dann im zweiten Teile seiner Arbeit, dafs die Lepra im Orient nur durch Kontagion zu erklären sei.

F. Hahn-Bremen.

Bemerkungen zu der Originalmitteilung von CZAPLEWSKI: Über einen aus einem Leprafall gezüchteten, alkohol- und säurefesten Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe, von LEVY. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Band XXIV, No. 1, 1898.) Der Artikel ist polemischen Inhalts. Der Verfasser behauptet in demselben, dafs das von ihm im Archiv für Hygiene (Band XXX, 1897) beschriebene „neue, aus einem Falle von Lepra gezüchtete Bakterium aus der Klasse der Tuberkelbacillen“ sich in keinem wesentlichen Punkte von dem von CZAPLEWSKI im Centralblatt für

Bakteriologie etc. (1898, No. 3—6) beschriebenen „neuen aus einem Leprafall gezüchteten, alkohol- und säurefesten Bacillus aus der Tuberkelbacillengruppe" unterscheide. Beide Bacillen wiesen die Tuberkelbacillenfärbung nicht auf. Wenn also der vom Verfasser gezüchtete Bacillus nicht zur Tuberkelbacillengruppe gehört, so darf auch Czaplewski den von ihm gezüchteten nicht zu dieser Gruppe zählen. Mit dem von Bordoni-Uffreduzzi gezüchteten Bacillus ist der Czaplewskische nicht identisch. *Götz-München.*

Randglossen zur chinesischen Lepra in Gestalt eines Feuilletons bringt Dr. F. in der *Deutschen Medizinalzeitung* (1898. No. 21), wobei er aber über das Lebendig-Begrabenwerden in China mehr spricht als über die Lepra und über letztere zum Teil in einer vom wissenschaftlichen Standpunkte aus nicht kontrollierbaren Art und Weise. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein intermediärer Typus zwischen Lepra, Syringomyelie und Morvanscher Krankheit, von Cardamatis-Athen. (*Progrès méd.* 1898, No. 33 und 34.) Der Fall bot ernste diagnostische Schwierigkeiten, indem er verschiedene diesen drei Affektionen gemeinschaftliche Symptome aufwies: scheinbare gekreuzte Hemiplegie, Gelenkdeformationen, Skoliose der Wirbelsäule, Difformität des Rumpfes, Paresen, allgemeine Muskelatrophien, Ulcerationen des Gesichtes, Zerstörung der Phalangen, Kribbeln in den Fingern, Abnahme der Sensibilität, Thermoanästhesie, Analgesie etc. Die Patientin hatte außerdem zwei Panaritien gehabt, von denen eines schmerzhaft, das andere indolent war. Der Fall wurde als eine Lepra betrachtet. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Lepra anaesthetica mit Sektionsbefund, von Samgin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898, No. 30.) Untersuchung eines Falles von totaler anästhetischer Lepra (ohne Mutilationen), bei dem während des Lebens keine Leprabacillen in der Haut nachgewiesen werden konnten. Verfasser gelangt auf Grund der histologischen Untersuchung von Haut, peripheren und centralen Nervensystem zu dem Schlusse, daß man bei Lepra anaesthetica nur in frischen Infiltrationen Bacillen finden kann (wie auch in diesem Falle), da sie äußerst schnell sowohl in der Haut als in den Nerven zerfallen. Die spezifische Infiltration beginnt an den peripheren Enden der Nerven und schreitet sehr weit centralwärts fort. Wo sie aufhört, fängt die sekundäre Degeneration der Nervenfasern an, welche sich bis zu den Wurzeln ausbreitet. Daher ist die (auch hier vorhandene) Degeneration der Gollschen Stränge eine sekundäre. — Der Schwund der Bacillen ist abhängig von der bindegewebigen Umwandlung der Infiltrate, durch welche sich die Lepra anaesthetica wesentlich von der tuberösen Form unterscheidet, und die auch die Sklerose der Nervenstämme veranlaßt. *I. Bloch-Berlin.*

Lepra in Leber und Milz, von P. Musehold. (*Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte.* Band XIV.) Verfasser hat bei einem Falle von reiner, unkomplizierter Lepra die histologische Untersuchung von Leber und Milz vorgenommen (Paraffinmethode, Färbung mit Ziehlscher, Ehrlichscher Lösung nach Gram). Ergebnis: Die Leprabacillen liegen sowohl extra- wie intracellulär, in der Leber am massenhaftesten in den Lymphspalten und an den Lymphbahnen des interstitiellen Gewebes, in der Milz im retikulären Stützwerk. Die besonders im interstitiellen Gewebe der Leber anzutreffenden zellenartigen Gebilde, in der Hauptsache dichte Zusammenlagerungen von innerhalb einer stärker lichtbrechenden Substanz eingeschlossenen Bacillen-Wucherungen (Globi), sind in gleicher Weise, wie Unna solche Gebilde im Hautleprom gedeutet hat, als Konglomerate von bacillendurchsetzten Lymphthromben auf-

zufassen, jedenfalls nicht zelliger Natur. Verf. fand ferner Leprabacillen in den Endothelzellen der Leberkapillaren und in diesen selbst, beobachtete auch Hineinwuchern der am retikulären Stützwerk der Milz angesiedelten Bacillen in vom Blute durchspülte Räume. Daher ist zu hoffen, daſs auch im kreisenden Blute häufiger als bisher der Nachweis der Bacillen gelingen wird. — Die Verbreitung des Leprabacillus im menschlichen Körper geschieht sowohl durch die Lymphbahnen wie durch das Blut.

I. Bloch-Berlin.

Zur Serumtherapie der Lepra, von Dehio-Dorpat. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 4. und 11. Juli 1898.) Der bekannte Dorpater Kliniker und Leprologe hat während zwei und eines halben Monats seine sämtlichen Leprösen mit dem von Carrasquilla angegebenen Serum behandelt. Er ist an die Versuche mit nicht zu groſsen Hoffnungen getreten, da er sich der Erfahrungen erinnerte, die im Jahre 1892 bei Behandlung des Aussatzes mit Tuberkulin gemacht wurden. Gewonnen wurde das Serum vom Pferde. Die Art der Gewinnung hat sich streng an Carrasquillas Vorschriften gehalten, und stets wurde die peinlichste Asepsis beobachtet. Bei allen Versuchen waren Dehios Erfolge gleich Null. Keine Heilung, keine Besserung. Es traten vereinzelt neue Nachschübe der Krankheit auf, wie sie ohne Therapie auch vorkommen. Jede andere Medikation war natürlich unterblieben. Die meisten Dermatologen stehen heute wohl der Heilbarkeit der Lepra durch dies Serum sehr skeptisch gegenüber. So Barillon-Algier, Hallopeau, Alvarez-Honolulu, Brieger, Arning. Die Erfahrung lehrt, daſs es Stoffe giebt, die ätiologisch nichts mit Lepra zu thun haben, folglich auch nicht in bakteriologischem Sinne Antitoxine der Lepra genannt werden können, die aber doch Einwirkungen auf die Prozesse des Aussatzes haben, wie sie Carrasquilla selbst und einige andere Autoren als Folgen der Serumeinspritzung mit seinem Serum geschildert haben. Zu diesen Stoffen gehört auch Kochs Tuberkulin. Vielleicht sind auch bei diesem neuesten Mittel einfache Proteïnwirkungen im Spiele.

Hopf-Dresden.

Über die Behandlung der Lepra auf den Fidschi-Inseln, von L. Lewin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898, No. 21.) Verf. erfuhr von einem Missionar die Krankengeschichte eines eingeborenen Predigers, der leprös geworden sein soll und später durch eine auf den Fidschi-Inseln heimische Behandlungsmethode geheilt sein soll. Diese Behandlung besteht in einer langdauernden, langsamen, energischen Räucherung mit Stücken des giftigen Sinubaumes (Excoecaria Agallocha). Verfasser empfiehlt dringend die Nachprüfung der Methode, bezw. die Anwendung des Saftes der Excoecaria bei Leprösen.

F. Hahn-Bremen.

b. *Tuberkulose.*

Weitere Beiträge zur Tuberkulose der Lymphgefäſse, von Prof. Jordan. (*Beiträge z. klin. Chir.* Bd. XX, Heft 3). In mehreren Fällen von Hauttuberkulose konstatierte Verfasser eine tuberkulöse Erkrankung der Blut- und Lymphgefäſse. Die Tuberkulose der Lymphgefäſse wurde bisher klinisch angenommen, aber histologisch noch nicht erwiesen. Dieser Nachweis ist dem Verfasser jetzt gelungen. — Der tuberkulöse Prozeſs nimmt seinen Ausgang von der Wand des Lymphgefäſses, entwickelt sich unter der Intima und breitet sich von da nach auſsen und innen aus Man hat es also mit einer Lymphangitis und Perilymphangitis tuberculosa zu thun, die zu einer Knotenbildung im Subcutangewebe führt. Neben den Lymphgefäſsveränderungen fand Verfasser auch tuberkulöse Veränderungen an den Arterien des subcutanen Fettgewebes in der Art, daſs zuerst eine Periarteriitis vorhanden ist, an die sich Arteriitis tuberculosa und Aufgehen des befallenen Gefäſses in einem

Tuberkel anschliefsen. Da der ganze Krankheitsprozefs eine so typische Lokalisation an den oberflächlichen Lymphgefäfsen zeigt, so mufs die Lymphangitis als das Primäre angesehen werden, von welcher dann ein Übergreifen auf die Blutgefäfse stattgefunden hat. — Sehr interessant und bedeutungsvoll ist der Nachweis des Verfassers, dafs eine von einem lupösen Geschwür des Fingers aus entstandene Lymphangitis luposa Ursache eines Lupus des Vorderarms geworden ist. — Denselben Zusammenhang konnte Verfasser noch in einem weiteren Falle konstatieren. *I. Bloch-Berlin.*

Die Behandlung des Gesichtslupus vermittels der radikalen Exstirpation und nachfolgender Transplantation, von Ferd. Schulze. (*Wien. klin. Rundsch.* 1898. No. 37). Die bei 47 Lupösen mit der Totalexcision und Transplantion gemachten Erfahrungen führen Verfasser zu einem sehr günstigen Urteil über diese Behandlungsmethode. Er giebt in dieser Mitteilung eine Reihe belehrender Anweisungen für die Operationsweise. Es mufs stets im Gesunden ca. 1 cm vom Rande der erkrankten Stelle der Schnitt gelegt werden, die Hälfte der Fettschicht mufs mit entfernt werden, sodafs die Wunde etwa 3 mm tief wird. Nach totaler Entfernung des subcutanen Fettgewebes giebt es eingezogene, häfsliche Narben. Die Blutung wird durch Tamponade und Torsion genau gestillt, Ligaturen sind nachteilig. Affizierte Drüsen müssen mit entfernt werden. Die Transplantation kann der Operation sofort folgen. Verfasser schneidet möglichst einen grofsen Lappen, der auf die Wunde gelegt ihre Ränder überragt, und befestigt den Lappen durch einige Nähte, die zuerst durch ihn, dann durch die Wundränder hindurch gezogen werden. Verband mit steriler Gaze. — Genauere Angaben macht Verfasser über die Beseitigung von Ektropien. Ist der Lidrand erhalten, dann wird alles Krankhafte, jede Narbe entfernt, das Lid bis an den obern Augenhöhlenrand gedehnt, hier fixiert und dann transplantiert. Nur wo der Lidrand fehlt, ist Plastik notwendig. Schematische Abbildungen illustrieren dieses Verfahren, wie die Operationen an Mund und Nase. Dem Lupus der Nasenschleimhaut geht Verfasser nach Eröffnung der Nase ebenso gründlich zu Leibe. — Seine Resultate sind sehr zufriedenstellende. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weitere Mitteilungen über TR-Behandlung bei Lupus, von W. van Hoorn. (*Dtsch. med. Wochenschr.*, 1898. No. 27). Besserung des Lupus beginnt bei Dosen von $^1/_{250}$ mg, hört auf bei solchen von 20 mg. Da nun Erhöhung der letzteren Dose nicht imstande ist, die Heilung zu beschleunigen, sondern oft schädlich wirkt, so rät Verfasser, die wirksame Periode, in der Dosen von $^1/_{250}$ mg bis 20 mg gebraucht werden, durch noch langsameres Ansteigen möglichst zu verlängern. — Die Besserungen waren sichtlich gröfsere als mit dem alten Tuberkulin. *I. Bloch-Berlin.*

c. *Syphilis.*

Multiple syphilitische Schanker; Roseola urticata, von Dubois-Havenith. (Medizin.-chirurg. Gesellschaft von Brabant; *Presse méd. belge.* 1898. No. 30.) Einer dieser Schanker safs auf der Penishaut und hatte die Dimensionen eines Zweifrancsstückes erreicht (in Gestalt eines Ulcus elevatum). Die darauffolgende sekundäre Eruption zeichnete sich durch ihre besondere Form aus, indem sie morphologisch genau mit einer Urticaria übereinstimmte; von dieser letzteren unterschied sie sich aber durch das Fehlen von Jucken und ihre Dauer. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von doppeltem Lidschanker, von Helbron. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 21.) Der Verfasser beobachtete bei einem 11jährigen Knaben das Auftreten je eines Primäraffektes am Ober- und Unterlid links zwischen Thränenpunkt und Mitte des Lides. Gleichzeitig fand sich im Unterlid etwas nach aufsen von der

Mitte eine erbsengroſse, sehr harte Geschwulst des Tarsus. Die Präaurikulardrüse links bohnengroſs, die weiter abwärts liegenden Drüsen ebenfalls geschwollen, aber stets weniger als die höher liegenden; rechts wenig vergröſserte Submaxillardrüsen. Schwache Marmorierung der Haut, aber kein typisches Exanthem. Der Knoten war wohl ein einfaches Chalazion, möglicherweise aber auch eine spezifische Entzündung einer Meibomschen Drüse; er verschwand ohne Entleerung seines Inhalts nach auſsen gleichzeitig mit der Heilung der Primäraffekte unter Anwendung einer indifferenten Salbe. Nach 6 Monaten trat im linken Auge Iritis auf, es entstanden zwei stark vaskularisierte Granulationsgeschwülste in der Nähe des Ligamentum pectinatum, die als Papeln aufzufassen sind, hintere Synechien, membranartige Glaskörpertrübung, die als Exsudationsprodukt des hochgradig entzündeten Corpus ciliare anzusehen ist, und Neuritis optici. Rechts fanden sich nur feine Präcipitate auf der hinteren Hornhautwand und ein kleines induriertes Knötchen im Gewebe des Oberlides. Unter einer Schmierkur erfolgte vollständige Heilung. *Götz-München.*

Über extragenitale Syphilis, von E. Schreiber. (*Die ärztl. Praxis.* 1898. No. 14.) Von 662 luetischen Männern waren 22, von 362 Frauen 11 extragenital infiziert. Verfasser berichtet vier Fälle. Der Primäraffekt saſs zweimal an der Oberlippe, einmal an der Unterlippe, einmal an der Wange. Der letztere soll durch einen Insektenstich entstanden sein. Hutchinson berichtet über eine durch einen Flohstich am Beine entstandene Sklerose. Verfasser geht auf die Schwierigkeit der Diagnose extragenitaler Primäraffekte näher ein. Der Verlauf extragenitaler Infektionen ist nicht ungünstiger als der genitalen, nur treten die Sekundärerscheinungen oft früh auf und sind schwerer. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Statistik der extragenitalen syphilitischen Infektion, von Rosenquist. (*Bibliotheka wratscha* [Russisch]. 1898. S. 509.) Verfasser hat im Laufe von 5 Jahren (1893—1897) in der ambulatorischen Abteilung für Weiber des Mjaſsnitzki-Krankenhauses zu Moskau 9150 geschlechtskranke Frauen untersucht und darunter 5186 Luesfälle beobachtet. Unter letzteren erwiesen sich 3462 oder 66,7% an den Geschlechtsteilen und 354 oder 10,2% extragenital infiziert. Hinsichtlich der extragenitalen Infektionen handelte es sich im speziellen um Infektionen: 1. der Mandeln in 179, 2. der Lippen in 80, 3. der Brustdrüsen in 77, 4. der Augenlider in 5, 5. der Zunge in 3 Fällen. Der Rest betrifft je einen Fall von Primäraffekt der Nase, des Kinns, des Halses, des Oberarmes, des Fingers, des Bauches, des Dammes, des Afters, des Gesäſses und des Schienbeins. Unter den extragenitalen Infektionen überwogen somit die per os = 74%, dann folgen diejenigen der Brustdrüsen = 21,8% und den Rest 4,2% bilden Infektionen an verschiedenen Körperteilen, darunter aber der Lider = 1,4%. *A. Jordan-Moskau.*

Eine Hausepidemie von Syphilis, von Gottheil. (*New York med. Journ.* 26. März 1898.) In einer armen, in sehr dürftiger und unreinlicher Wohnung lebenden Familie, bestehend aus Eltern und acht Kindern brach eine Syphilisepidemie aus, die nur den Vater und zwei Kinder verschonte; zuerst erkrankte ein 14jähriges Mädchen und ein zweijähriger Knabe, der kurz vorher geimpft war, ohne daſs über die Quelle der Infektion irgend etwas in Erfahrung gebracht werden konnte.

F. Hahn-Bremen.

Zur Therapie und Diagnostik der Syphilis, von Fischer. (*Wien. med. Blätter.* 1898. No. 31.) Die Wirkung des Quecksilbers erklärt sich der Verfasser durch eine mächtige, stimulierende Beeinflussung der drüsigen Organe des Körpers und der Haut.

Das Spezifische liegt in der Einwirkung auf diejenigen Organe, die von der Syphilis besonders heimgesucht werden. Die Lebensenergie der betreffenden Zellen wird gesteigert. Als bestes Quecksilberpräparat erscheint dem Verfasser das Kalomel. Er giebt es auch bei Erwachsenen 0,2 pro dosi, 0,6 pro die und sah die besten Resultate bei den hartnäckigsten Affektionen (Psoriasis palmaris). Kalomel ist auch ein Mittel, welches in zweifelhaften Fällen entscheidet, ob Lues vorliegt oder nicht. Wo es sich um Syphilis handelt, mag sie alt oder jung sein, tritt stets eine Stomatitis ein trotz sorgsamer Mundpflege. Die nach Kalomel auftretenden Diarrhoen hören, wenn Gewöhnung eingetreten, von selbst auf; event. setzt man Extr. Opii zu. Nach 4 Tagen wird eine Pause von 4—5 Tagen gemacht. Tritt in dieser Zeit, wie gewöhnlich, eine Stomatitis ein, dann wird diese durch Jodtinktur und Gargarismen beseitigt. Darauf folgt wieder die Darreichung von 20 Pulvern und nach einer Pause von einer Woche von noch 20 Pulvern. So fährt man mehrere Monate fort.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Luetische und blennorrhoische Infektion am Schwangerschaftsende, von Buecheler. (*Die ärztl. Praxis.* 15. Aug. 1898.) Die Hochschwangere wurde im letzten Monat der Schwangerschaft mit Lues und Blennorrhoe infiziert. Die Geburt wurde durch ein starkes Hydramnion verlängert. Das Kind machte eine Ophthalmoblennorrhoe durch, wies dann allerlei Plaques und Rhagaden auf und bekam im sechsten Monat einen erheblichen Hydrocephalus internus. Unter energischer Behandlung trat bei dem Kinde ebenso wie bei der Mutter Heilung ein.

F. Hahn-Bremen.

Über Syphilis sine exanthemate, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 38.) Es giebt Fälle, in welchen nach einer, wie man annehmen muſs, typischen Initialsklerose mit indolenten Drüsenschwellungen das Exanthem ausbleibt, die aber sich durch der Proruption entsprechende Allgemeinstörungen oder, noch sicherer, durch Syphilide später als Syphilisfälle erweisen. Derartige Beobachtungen mahnen, wo man eine Sklerose diagnostiziert hat, sich durch das Fehlen des Exanthems nicht beirren zu lassen, den Kranken lange zu beobachten und eventuell auch antiluetisch zu behandeln. Verfasser giebt drei einschlägige Krankengeschichten wieder. 1. Sklerose anfangs September, rheumatoide Schmerzen, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, abendliche Fieberbewegungen Ende September; kein Exanthem. Ende Juli Papeln an den Lippen. 2. Im Februar Sklerose und indolente Drüsen. In der 13. Woche kein Exanthem, dennoch Schmierkur. Ende Juli Psoriasis palmaris. 3. Ende Juni Sklerose anfangs August Allgemeinerscheinungen, aber kein Exanthem. Ende Dezember schuppende Syphilide der Palma und Planta, im März nässende Papeln. Mehrere Kuren. Heirat. 2 gesunde Kinder. — Verfasser hebt noch hervor, daſs neben diesen Fällen sine exanthemate, d. h. sine exanthemate primo es viele giebt, bei welchen das Exanthem nur ein überaus spärliches ist und deshalb leicht übersehen wird. — Diese Fälle mit spärlichem oder gar keinem Exanthem im Beginne des Sekundärstadiums vermehren die groſse Zahl derjenigen, welche unbehandelt umherlaufen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Gefahr des Irrtums in der Diagnose zwischen chronisch syphilitischem Fieber und Tuberkulose, von Janewey. (*Amer. Journ. of Med. Scienc.* Sept. 1898.) Verfasser schildert einige Fälle von Fieber, Abmagerung, Nachtschweiſsen, die von den Ärzten als Lungenkranke angesehen wurden, ohne sich bei geeigneter Terrain- etc. Behandlung zu bessern. Eine genaue Ausforschung ergab, daſs früher syphilitische Infektion stattgefunden hatte und die eingeleitete energische Behandlung der Syphilis führte eine rasche Herstellung herbei. Verfasser weist auf die Wichtigkeit einer genauen Anamneseerhebung in unklaren Fällen hin. *F. Hahn-Bremen.*

Über das Fortdauern der antitoxischen Wirkung der Lymphdrüse bei einem Syphilitiker, der 16 Monate nach der Infektion von Scabies befallen wurde, von HAAN-Havre. (*Presse méd. belge.* 1898. No. 34.) Bei dem 24jährigen Patienten war wegen einer Wunde am Fuſse ein Lymphdrüsenabsceſs in der rechten Inguinalgegend entstanden, der zur vollständigen Zerstörung der betreffenden Drüsen geführt hatte. Vier Monate später stellte sich der Patient mit Symptomen frischer Lues: gewaltige Lymphangitis des Penisrückens, papulöse und papulosquamöse Syphilide am Penis, auf der Kopfhaut, am Anus, am Munde etc. Während nun der linke Unterschenkel kaum befallen war und nur noch einige bräunliche Flecken aufwies, war der rechte Unterschenkel übersät mit Papeln und die Inguinalgegend von gewaltigen krustösen Plaques bedeckt. In der linken Leistenregion war nur eine indolente Lymphdrüsenschwellung zu konstatieren. Circa 1½ Jahr später war das spezifische Exanthem verschwunden, dagegen hatte Patient eine Scabies acquiriert, gegen welche eine Schwefelinunktionskur verordnet wurde. Einige Zeit danach brach auf dem rechten Beine eine papulöse Eruption aus, deren spezifische Natur unzweifelhaft war; am linken Beine dagegen konnten nur drei Papeln konstatiert werden. Auch diesmal hatte also das Lymphdrüsengewebe auf den Organismus einen schützenden Einfluſs ausgeübt. Verfasser macht bei dieser Gelegenheit auf die noch zu wenig bekannte Wirkung von Reizen bei der Syphilis aufmerksam und empfiehlt, daſs man luetische Krätzige mit gelinderen Präparaten denn Schwefel, welcher zu sehr reizt, behandeln soll (Perubalsam). Der vorliegende Fall zeige ferner, daſs die Lymphdrüse trotz ihrer Sklerose und Schwellung den Kampf gegen das spezifische Virus mit Erfolg fortzuführen im stande sei. *C. Müller-Genf.*

Über Syphilis gravis bei Ärzten, von BRANDIS. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 21.) Verfasser hat unter der groſsen Zahl seiner Beobachtungen an syphilitisch infizierten Ärzten auch einige Fälle von sehr schwer verlaufener Syphilis zu verzeichnen; diese waren sämtlich am Finger infiziert, und stets war die Diagnose sehr spät gestellt worden, wodurch sich vielleicht der schwere Verlauf der Erkrankung erklären läſst; im übrigen trat unter energischer Hg- und KJ-Behandlung meist rasche und gute Heilung ein. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Kontagiosität der tertiären Syphilis, von TARASSEVITCH. (*Bullet. méd.* Febr. 1898.) In solchen Fällen hat man sich stets in erster Linie zu fragen, ob es sich wirklich um tertiäre oder nur um Spätformen sekundärer Lues handelt. Wiewohl die Ansteckungsgefahr bei diesen letzteren weitaus gröſser ist als bei tertiären Läsionen, so sind doch Fälle bekannt und dokumentiert, wo Syphilis durch tertiäre Läsionen übertragen wurde. Es darf aber andererseits nicht vergessen werden, daſs sich zuweilen das sekundäre Stadium mit seinen endlosen Recidiven über eine Zeitdauer von 23, ja 29 Jahren ausdehnen kann. Der Weg, auf dem die Ansteckung sattfindet, ist meist die Genitalgegend; je weiter man sich aber vom Zeitpunkte des Initialaffektes entfernt, nimmt die Mundschleimhaut in dieser Beziehung immer eine hervorragendere Stellung ein. Verfasser betont deshalb die Notwendigkeit einer skrupulösen Mundhygiene (u. a. Verbot des Tabakrauchens). *C. Müller-Genf.*

Das syphilitische Hauthorn, von HAAN. (*Normandie méd.* 15. Mai 1898.) Dasselbe besteht aus einer tiefgelegenen Hornpapel, die selten isoliert vorkommt, meist an den Händen lokalisiert ist und oft erst spät auftritt (in einem Falle erst 8 Jahre nach dem Schanker). Von dem gewöhnlichen Hühnerauge unterscheidet es sich dadurch, daſs es weniger exfoliiert und nicht die holzharte Konsistenz des letzteren aufweist; auſserdem kann es an Stellen vorkommen, wo kein Reiz und kein Druck

stattfindet. Sehr typisch sieht das syphilitische Hauthorn in der ersten Zeit seines Bestehens aus, wo es die genaue Form einer erhabenen, kegelförmigen Papel zeigt. Später nimmt es auf kurze Zeit das Aussehen einer umbilizierten Pustel an mit einem eingesunkenen vaskularisierten Centrum, das überhaupt stets dunkler bleibt als die Peripherie. Die Schmerzen können bei Druck sehr heftig werden. Das Wachstum ist ein sehr langsames und erstreckt sich über Monate. Die Behandlung besteht in täglichen warmen Lokalbädern, Auflegen von Salicylkollodium und Kalium causticum-Pasta. *C. Müller-Genf.*

Die syphilitische Phlebitis, von Henzard. (*Journ. des Pratic.* März 1898.) Verfasser unterscheidet zwei grofse Klassen von spezifischen Phlebitiden: die sekundären und die tertiären. Die erstere befällt meist zahlreiche Venen zu gleicher Zeit oder verbreitet sich wenigstens rasch über einen grofsen Bezirk. Die tertiäre lokalisiert sich in Form eines Gumma oder breitet sich über ein Gefäfs in chronischer Weise aus und führt zur Sklerose desselben. Mit Vorliebe werden die Venae saphenae befallen. *C. Müller-Genf.*

Über Venen-Syphilis, von J. K. Proksch. (Bonn 1898.) Die Venen-Syphilis gilt als sehr seltene Affektion und hat bisher wenig Beachtung gefunden. Verfasser trägt eine Kasuistik von 107 Fällen zusammen und läfst darauf eine Besprechung der Häufigkeit, der Verbreitung, der klinischen und anatomischen Befunde folgen. Dabei trennt er die extraparenchymatösen Venen von den intraparenchymatösen. Die Therapie wird erörtert, ein besonderer Abschnitt der hereditären Venen-Syphilis gewidmet. Allen, die sich mit diesem Thema beschäftigen, wird diese Monographie ein unentbehrlicher Ratgeber sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis des Magens, von Dieulafoy. (*Wien. med. Blätter.* 1898. No. 28, u. *La semaine méd.* 1898. No. 18.) Ein Patient mit den zweifellosen Erscheinungen eines Magengeschwürs wird $1^1/_2$ Jahre ununterbrochen nach allen möglichen üblichen Methoden ohne jeden Erfolg behandelt. Da er 10 Monate vor dem Auftreten der Magenbeschwerden Syphilis acquiriert hatte, versuchte Verfasser es mit einer spezifischen Kur. Es wurde täglich eine Injektion von 4 mg Hydrargyrum bijodatum in öliger Suspension gemacht. Vom sechsten Tage ab trat eine eklatante Besserung ein, die schnell bis zur völligen Heilung fortschritt; Jodkalium beförderte dieselbe. Die Abhängigkeit der Heilung von der spezifischen Kur war zweifellos. — Die Syphilis des Magens ist wenig gekannt und beachtet. Cornil fand bei einer Sektion Gummata des Magens, die geschwürig zerfallen waren. Sie lagerten in der Drüsenschicht der Schleimhaut. Chiari hat 1891 mehrere pathologisch-anatomische Thatsachen über Magensyphilis mitgeteilt, wobei er auch auf Fälle von Klebs, Weichselbaum, Birch-Hirschfeld, Wagner etc. hinweist. Chiari schliefst aus der systematischen Magenuntersuchung 243 Syphilitischer, dafs es eine wirkliche Magensyphilis giebt, die direkt oder indirekt von der Syphilis abhängt. Die direkt durch die Syphilis entstandenen Läsionen sind Gummata und entzündliche Infiltration. Die indirekten entstehen im Gefolge von Lebererkrankungen oder von durch Syphilis bedingter hämorrhagischer Diathese. Das Gumma entwickelt sich im submukösen Bindegewebe und kann zu syphilitisch-peptischen Geschwüren führen. — Zur Illustration des klinischen Bildes citiert Verfasser noch Fälle von Audral, Fournier und Gaillard. — Verfasser schliefst: 1. Die Syphilis des Magens ist nicht so selten, als man annimmt. 2. Die syphilitischen Läsionen des Magens treten auf als hämorrhagische Erosionen, Ecchymosen, gummöse Infiltrate der Submucosa, gummöse Plaques, circumscripte Gummen, gummöse Ulcerationen und Narben nach ulcerösen Gummen. 3. Hier wie bei jedem Substanz-

verluste des Magens kann man annehmen, dafs der Magensaft fortsetzt, was der anfangs geschwürige Prozefs begonnen hat. 4. Die Symptome syphilitischer Magenulcerationen erinnern an diejenigen des Ulcus simplex: Rücken- und Brustbeinschmerzen, Magenbeschwerden, Erbrechen, Hämatemesis, Meläna, Kachexie. 5. Keines dieser Symptome gestattet die Annahme, dafs es sich um eine syphilitische Läsion handelt. Darauf läfst nur der Umstand schliefsen, dafs der Patient als Syphilitiker bekannt ist. 6. Wo Symptome eines Ulcus ventriculi vorhanden sind, darf man nie unterlassen, nach Syphilis zu forschen. 7. Wo diese vorhanden, mufs man sofort Quecksilberpräparate und Jodkalium geben. 8. Die Kenntnis syphilitischer Magengeschwüre ist um so wichtiger, da man eventuell eine chirurgische Operation vermeiden kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Echinokokken und syphilitische Geschwülste, von R. Lennhoff. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 26.) Bei der grofsen Mannigfaltigkeit der spät syphilitischen Erscheinungen hat man stets, sobald ein unbestimmtes Krankheitsbild vorliegt, an die Möglichkeit einer syphilitischen Erkrankung zu denken. Ganz besonders ist dies nach v. Esmarch bei sarkom- oder lymphomähnlichen Geschwülsten der Fall. Andererseits ergiebt oft die Anamnese Syphilis, ohne dafs die vorliegende Krankheit syphilitischer Natur ist. Verfasser berichtet über mehrere Fälle von Verwechselung eines Echinococcus mit syphilitischen Erkrankungen. — Der erste Fall betraf eine 26jährige Frau, welche mehrere Frühgeburten durchgemacht hatte nach jedesmal vorhergehender Schwangerschaftsniere. Seitdem litt sie an Ödemen, Albuminurie. Später bildeten sich in der Gegend der rechten Parotis, in der rechten Fossa supraclavicularis und dicht oberhalb des Ellenbogengelenks derselben Seite kleine, harte, mit der Unterlage verwachsene Geschwülste. Bei der Untersuchung fand sich auch die Leber vergröfsert. In ihrer Mitte war eine harte, höckerige Geschwulst mit einer leichten Delle fühlbar; Druck wurde sehr schmerzhaft empfunden. Da jeder Anhaltspunkt für eine frühere syphilitische Infektion fehlte, wurde die Diagnose in Übereinstimmung mit mehreren Chirurgen auf Chondrosarkom der Parotis mit Metastasen in einer Lymphdrüse, im rechten Humerus und in der Leber gestellt. Ohne jede Behandlung verschwanden aber die Geschwülste der Parotis, der Lymphdrüse und des Humerus vollkommen nach einigen Monaten, während die Lebergeschwulst unverändert blieb. Nunmehr konnte an der syphilitischen Natur der Erkrankung nicht gezweifelt werden. Nach dem bei einer neuen Frühgeburt erfolgten Tode der Patientin fanden sich in der Leber typische Gummigeschwülste, welche bei Lebzeiten der Patientin durch Schmierkur und Jodkalium in keiner Weise beeinflufst waren. — Der zweite, 52jährige Patient hatte früher Syphilis gehabt. Seit einer Reihe von Jahren hatte er eine Leberaffektion. Die Leber war sehr grofs und von einer absolut elfenbeinernen Härte, mit gröfseren und kleineren höckerigen, gedellten Vorwölbungen versehen. Diagnose: Lebersyphilis. Eine Schmierkur blieb ohne Erfolg. Eines Tages hörte man bei etwas brüsker Palpation ein „eigentümliches Krachen", welches durch eine eingestofsene Nadel sich an der ganzen Oberfläche des Tumors hervorrufen liefs, so dafs der Schlufs auf einen „verkalkten Leberechinococcus" gerechtfertigt war. Bei einem dritten, ähnlichen Fall ergab die Probepunktion wasserhelle Flüssigkeit mit den Haken von Echinococcus. In differentialdiagnostischer Hinsicht sind also weder die halbkugelige Form noch die eigenartige Härte für Gummata der Leber charakteristisch. Ebenso kann die bekannte Delle auch bei Echinococcus vorkommen.

I. Bloch-Berlin.

Ein Fall von doppelseitigem exulcerierendem Gumma der Augenlider, von Leon Gruder. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. Nr. 36.) Gummen der Augenlider sind so selten, dafs in der Augenklinik von Fuchs in Wien bei einem Krankenmaterial

von 15000—17000 neuen Fällen jährlich in den letzten zehn Jahren erst der dritte Fall beobachtet wurde, der hier mitgeteilt wird. Die Gummen der Augenlider treten als chalazionähnliche Knoten akut oder subakut, mit oder ohne lebhafte Entzündungserscheinungen auf. In ersterem Falle entsteht schnell ein induriertes Geschwür oder es tritt bald eine Rückbildung ein, in letzterem Falle ist der Verlauf ein langsamer. Die Heilung geht gewöhnlich ohne erhebliche Narbenbildung und Stellungsveränderung des Lides von statten. Die Narbe ist durch einen scharf gezeichneten weifsen gradlinigen oder schwach konkaven Strang charakterisiert. Der mitgeteilte Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen, bei dem sich Knoten in beiden unteren Augenlidern entwickelten, die bald exulcerierten; die Geschwüre waren speckig belegt, die Ränder infiltriert, steil abfallend, die Form eine serpiginöse. Die regionären Drüsen waren indolent geschwollen. Die Heilung erfolgte unter Sublimatumschlägen. Trotzdem die Anamnese und der sonstige Status nichts für Lues Charakteristisches ergab, stellte Verfasser doch, nachdem er Tuberkulose und Initialsklerose ausgeschlossen, die Diagnose auf Gumma. Dabei sprach eine vorhandene Tarsitis mit, wie sie auch bei Spätsyphilis nicht selten vorkommt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige interessante syphilitische Erkrankungen des Auges und seiner Anhänge, von Juler. (*Philadelphia Med. Journ.* 12. Febr. 1898.) Verfasser beschreibt einen Schanker des Augenlides, zwei Fälle von symmetrischer Thränendrüsenerkrankung und zwei Fälle von retrobulbärer Neuritis. *F. Hahn-Bremen.*

Syphilis des Nervensystems, von Charles W. Hitchcock-Detroit, Mich. (*Med. News.* 6. August 1898.) H. glaubt, dafs im allgemeinen bei Erkrankungen des Nervensystems die Syphilis eine weit gröfsere Rolle spiele, als gewöhnlich angenommen wird. Die sehr lang anhaltende Immunität nicht nur von nervösen, sondern auch von Sekundär- und Tertiärerscheinungen, und das meist atypische Auftreten der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems sind die Ursache, dafs die Ätiologie derselben so oft verschleiert bleibt. Gumma und Arterienerkrankung sind die häufigsten Arten der syphilitischen Infektion des Gehirns; die Symptome hängen natürlich von der pathologischen Phase ab, in welcher sich jeder Fall befindet; ein chronischer Prozefs kann lange dahinschleichen, ohne ernste Symptome zu verursachen, während eine scheinbar akute Meningitis mit Krämpfen und nachfolgender Hemiplegie ganz plötzlich auftreten kann. Epilepsie und Apoplexie sind besonders zwei Affektionen, welche oft bei genauer Nachforschung auf syphilitischen Ursprung zurückzuführen sind. H. beschreibt genauer einen Fall von Hemiplegie, wo nach relativ kurzer innerlicher Behandlung mit Jod (Natrium) und äufserlicher Anwendung der Elektrizität die Lähmungserscheinungen beinahe völlig zurückgingen. Ein anderer Fall war der eines 52jährigen Mannes, welcher von einer Art Somnolenz oder Stupur befallen wurde, Urin und Kot unter sich gehen liefs u. s. w.; innerliche Jodmedikation und Hg-Einreibungen befreiten ihn bald von diesem Zustande und H. meint, ihn auch vor einer drohenden Hemiplegie bewahrt zu haben. Der vorliegende Aufsatz prägt uns wiederholt die Vorschrift ein, auch bei Gehirnaffektionen nach event. luetischer Ursache zu forschen, um die geeignete, oft so schwierige Therapie zu finden.

Stern-München.

Die Hauptunterscheidungspunkte zwischen cerebraler Syphilis und allgemeiner Paralyse der Irren, von Patrick-Chicago. (*New York med. Journ.* 27. August 1898.) In aufserordentlich eingehender, für den Dermatologen fast zu ausführlicher Weise schildert Verfasser die differentialdiagnostischen Merkmale der beiden so oft schwer unterscheidbaren Gehirnkrankheiten. Die ersten Anzeichen der Dementia

paralytica liegen ganz in der psychischen Sphäre, bei Gehirnlues mehr in der physischen. Die psychischen Störungen überwiegen bei Paralyse auch in deren weiteren Stadien die somatischen. Zeitweiliger Stillstand kommt vor, nie aber Besserungen oder Rückkehr zum Normalen. Das Leiden beginnt insidiös, das Fortschreiten geschieht schrittweise. Die Hirnlues tritt unerwartet, plötzlich auf und hat keinerlei Typus. Konstant ist nur ihre Inkonstanz und unveränderlich ihr fortwährender Wandel. — Der Verlauf ist jedenfalls rapider als bei der Paralyse. Unbehandelt macht das Leiden schon in 3—9 Monaten die schwersten Erscheinungen, während in dieser Zeit bei Paralyse oft die intimsten Freunde des Kranken die Dauer der Krankheit nicht genau kennen. Im folgenden geht PATRICK auf alle Einzelheiten in einer mehr den Neurologen angehenden Weise ein. *Hopf-Dresden.*

Frühzeitiges Auftreten einer Dementia paralytica nach Syphilis, von PLANCHU. (*Presse méd. belge.* 1898. No. 34.) Der Fall ist interessant wegen des jugendlichen Alters des Patienten (22 Jahre) und wegen des kurzen Zwischenraums zwischen dem Auftreten der Lues und der progressiven Paralyse ($2^1/_2$ Jahre).

C. Müller-Genf.

Zur Kasuistik der luetischen Rückenmarkserkrankungen, von WITTERN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 20.) Der Verfasser beobachtete bei einer 23jährigen Frau, deren Mann acht Jahre vorher eine Schmierkur durchgemacht hatte, eine luetische Rückenmarkserkrankung, die in zwei durch einen Zwischenraum von fast zwei Jahren getrennte Abschnitte zerfiel. Die Symptome beim ersten Anfall waren: Druckempfindlichkeit und Steifigkeit der Wirbelsäule, gürtelförmig in die Brust ausstrahlende Rückenschmerzen, Ameisenkriechen und Taubsein von dem Rippenbogen bis zu den Füßsen. Hierzu kamen Herabsetzung der Sensibilität und der Motilität der unteren Extremitäten, links mehr als rechts, Muskelspannung und Zittern bei passiven Bewegungen und spontan, mäßsige Urin- und Kotverhaltung und Erhöhung der Reflexe. Die erste Symptomengruppe bildet die klassischen Zeichen einer Leptomeningitis; die zweite Gruppe wird erklärt durch eine Reizung der Wurzeln durch die geschwollene Pia; die geringe Intensität dieser Erscheinungen schliefst eine Erkrankung des Marks aus, zumal eine 14tägige antiluetische Behandlung vollständige Heilung bewirkte. Nach zwei Jahren traten heftige gürtelförmige, anfallsweise in die untere Extremität ausstrahlende Rückenschmerzen auf, Gefühl von Taubsein, Brennen und Ameisenkriechen vom Thorax bis zu den Fufssohlen, spastische Spannung der Beinmuskulatur, besonders bei passiven Bewegungen, Zuckungen, Krampf der Atemmuskulatur, der Atemnot hervorruft; nach 14 Tagen zunehmende Schwäche in den Beinen, die fast bis zur vollständigen Paraplegie führt, links stärker als rechts, Urin- und Kotverhaltung, starke Erhöhung der Haut- und Sehnenreflexe, Herabsetzung der Sensibilität, des Tastgefühls und der Schmerzempfindung an den Beinen, Hyperästhesie am Abdomen. Hier finden sich also neben meningitischen Symptomen ausgesprochen myelitische Erscheinungen: es handelte sich um eine Meningomyelitis subacuta. Als Ort der Erkrankung des Rückenmarks mufs der untere Teil des Brust- und der obere Teil des Lendenmarks angesehen werden. Für den luetischen Charakter der Erkrankung sprechen aufser der antisyphilitischen Behandlung des Mannes die allmähliche Steigerung der Lähmung, die Ungleichheit der Störungen links und rechts, die Verschiedenheit der Schmerzempfindung zwischen den einzelnen Punkten im Gebiete der gestörten Sensibilität, das Auftreten eines Recidivs nach zwei Jahren; endlich der Erfolg der antiluetischen Behandlung. *Götz-München.*

Ein Fall von frühzeitiger spinaler Lues mit BROWN-SÉQUARDs Paralyse, von JACOBS-New York. (*New York. med. Journ.* 27. August 1898.) Der Autor berichtet

über einen Fall von Brown-Séquardscher Paralyse der unteren Körperhälfte bei einem 40jährigen Manne, bei dem das Rückenmarksleiden bereits ein Jahr nach der Infektion mit Lues aufgetreten ist. Letztere war fast unbehandelt geblieben, wieder ein Beweis für die Thatsache, daſs gerade auf solche Fälle schwere Nervenerkrankungen zu folgen pflegen. Unter 8076 in der Nervenabteilung des John Hopkins Hospitals behandelten Fällen befand sich nur einer mit ähnlichen Erscheinungen wie der berichtete. Die sogenannte Brown-Séquardsche oder Halbseitenlähmung ist eine sehr seltene Erkrankung des Rückenmarks, dessen eine Hälfte, sei es durch Tumoren oder Verletzungen oder organische Prozesse funktionsunfähig gemacht worden ist. Man findet dann auf der Seite der Läsion motorische Lähmung mit Hyperästhesie, von der aber der Muskelsinn ausgenommen ist, und auf der anderen Seite sensible Lähmung. Ausgesprochene komplette Halbseitenlähmung durch Lues ist nur wenige Male beobachtet worden, und zwar waren dabei Gummen, die die eine Hälfte der Medulla einnahmen, die Urache. Unvollständiges Auftreten des Symptomenkomplexes findet sich jedoch nicht zu selten bei Syphilis. Hierher gehört der berichtete Fall. Fournier sah unter 2032 Fällen von Lues Knochen- und Nerven-Syphilis in 5,2% im ersten Jahre, 9,5% im zweiten, 10,4% im dritten, 8,9% im vierten, 8,5% im fünften, 7,7% im sechsten, 6% im siebenten und 5% im achten Jahre. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der Nervensyphilis ist also im ersten Jahre der Krankheit bedeutend geringer als im 2. bis 7. Jahre, aber gröſser als in den darauffolgenden Jahren. *Hopf-Dresden.*

Über kongenitale Syphilis, von R. Hecker. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 27 und *Arch. f. klin. Med.* Bd. 61, Heft 1 und 2.) Der Verfasser hat es sich zur Aufgabe gestellt, durch Leichenuntersuchungen womöglich neue Anhaltspunkte für die anatomische Syphilisdiagnose bei Föten und Säuglingen zu gewinnen. Aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen sind folgende Punkte hervorzuheben: Die Schwellung und Gewichtsvermehrung der Leber bei kongenitaler Lues ist so konstant, daſs ein Lebergewicht von mehr als 1/18 des Körpergewichts bei Föten, von mehr als 1/20 bei Kindern, die gelebt haben, für Syphilis spricht. In den Leberpräparaten von sicher nicht Luetischen fand der Verfasser mehrmals Massen von Zellen und Zellenhäufchen, die sich in Nichts von dem diffusen und miliaren Syphilom der Leber unterschieden. Es handelt sich dabei um zwei Arten von Zellen: nämlich proliferierte Leberzellen und junge, neugebildete Blutkörperchen (Blutzellen). Die ersteren finden sich bis zum Eintritt der Geburt in allen Fällen, gleichviel ob Lues vorhanden ist oder nicht. Jedoch erfährt die normale Proliferation der Leberzellen durch die Syphilis eine deutliche Steigerung, die von der Geburt ab allmählich mehr und mehr zurücktritt. Das Vorhandensein der Blutzellen auch in groſsen Mengen stellt durchaus nichts der Syphilis Eigentümliches dar. — In den Nieren fand der Verfasser in allen Fällen von Lues sowie in allen zweifelhaften Fällen pathologische Veränderungen, und zwar bei den Föten Wucherungs- und hyperämische Prozesse mit Gewichtsvermehrung, bei den ausgetragenen Kindern und in noch höherem Grade bei Kindern, die gelebt hatten, Atrophien und Degenerationen mit Gewichtsabnahme. Diese Befunde konnte der Verfasser durch die klinische Beobachtung von acht luetischen Säuglingen ergänzen; sechsmal fand sich parenchymatöse Nephritis mit Cylinderbildung, zweimal Spuren von Eiweiſs ohne Cylinder. — In der Milz fand sich bei luetischen Totgeborenen neben starker Gewichtszunahme (ca. 1/110 des Körpergewichts gegen 1/360 bei Nichtluetischen) fast regelmäſsig kleinzellige Infiltration der Gefäſswände, seltener Verdickung derselben. Bei Kindern, die gelebt hatten, waren diese Veränderungen nur mehr angedeutet. — Im Pankreas fand sich auſser Gewichts- und Konsistenzvermehrung mehrmals interstitielle Entzündung. — Die Nabelschnur

wies bei 4 von 7 zweifellos luetischen Früchten pathologische Veränderungen auf, und zwar entzündliche und schwielige Verdickung der Gefäfswandungen oder kleinzellige Infiltration in verschieden grofser Ausdehnung. Alle nicht syphilitischen Früchte zeigten normale Verhältnisse. — In der Thymusdrüse fand der Verfasser dreimal Vermehrung und Verdickung der lobulären Septen mit Verkleinerung der Lobuli, aber nie multiple Abscefsbildung (Duboissche Erkrankung). Dagegen wurde mehrmals und zwar häufiger in nicht-luetischen Leichen centrale Erweichung bis zur Bildung von Höhlen, die mit Thymussaft gefüllt waren, beobachtet. Diese Höhlenbildungen sind nicht pathologisch. — In den Nebennieren fanden sich einmal submiliare verkäste Gummata. — Die Untersuchung der Lungen und Knochen ergab die Bestätigung schon bekannter Befunde. Die Wegnersche Osteochondritis fand sich in 80% aller Syphilitischen, fehlte dagegen bei allen sicher nicht Syphilitischen vollständig.

Götz-München.

Über die parasyphilitischen Erscheinungen der kongenitalen Lues im ersten Kindesalter, von Katzenstein. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 35.) Bei nicht syphilitischen Kindern syphilitischer Eltern treten als Folge der luetischen Vererbung an den verschiedenen Organen Krankheitserscheinungen auf, die mit den auch anatomisch sich manifestierenden Erkrankungen der betreffenden Organe hereditär-luetischer Kinder nichts zu thun haben und unter dem Namen Parasyphilis zusammengefafst werden. Parasyphilitische Kinder sind gegen eine Infektion mit Syphilisgift immun. — Die häufigsten Symptome der Parasyphilis sind Anämie und chronischer Schnupfen, der mehr oder weniger starkes Schnüffeln bewirkt. Weitere Symptome sind Auftreibung des Leibes, venöse Stase in den Bauchdecken, Leberschwellung, oft mit Ascites verbunden, Milzschwellung, chronische Darm- und Bronchialkatarrhe, Glottiskrämpfe, Eklampsie, Spina bifida und chronischer Hydrocephalus, endlich Störungen im Wachstum und in der geistigen Entwickelung. — Bei einem parasyphilitischen Kinde finden sich stets zwei oder mehrere der genannten Symptome; dieser Umstand ermöglicht meistens schon die Unterscheidung der parasyphilitischen Erkrankungen von den Affektionen der entsprechenden Organe bei nicht parasyphilitischen Kindern. Eingehende Anamnese erleichtert natürlich die Stellung der Diagnose. — Die Prognose ist bei genügend lange fortgesetzter Behandlung günstig. — Die Therapie besteht in Verabreichung von Kalomel in kleinsten Dosen und von Jodkalium. Die bei den sonstigen Erkrankungen der betreffenden Organe gebräuchliche Behandlungsweise ist bei den parasyphilitischen Affektionen stets erfolglos. Eine antiluetische Kur des Vaters oder der Mutter bezw. Darreichung von Jodkalium wirkt prophylaktisch ausgezeichnet: die nach solchen Kuren geborenen Kinder sind gesund. *Götz-München.*

Über centrale Erweichung des Rückenmarkes bei Meningitis syphilitica, von Wullenweber. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 32.) Die Autopsie einer 28jährigen Prostituierten, die vor Jahren luetisch infiziert worden und unter den typischen Erscheinungen einer syphilitischen Meningitis mit sekundärer Beteiligung des Marks gestorben war, ergab neben einer ausgeprägten Meningitis cerebrospinalis syphilitica eine ausgedehnte Höhlenbildung im Rückenmark. Dieselbe erstreckte sich vom unteren Lumbalmarke bis in das obere Brustmark und war im unteren und mittleren Dorsalmarke am stärksten. Hier war die graue Substanz bis auf ganz geringe Spuren verschwunden. Aufserdem fand sich Endarteriitis und Thrombosierung einzelner kleiner Gefäfse infolge von Kompression durch schwieliges Gewebe in den Meningen. Es handelte sich bei dieser Höhlenbildung um eine Nekrose des Rückenmarks, bedingt durch Störungen in der Cirkulation. Mit Syringomyelie hat der Fall nichts zu thun. *Götz-München.*

Über die hereditäre Syphilis, von J. HENRY FRUITNIGHT-New York. (*Med. News.* 30. Juli 1898.) Ohne das Thema erschöpfend behandeln zu wollen und wesentlich Neues zu bringen, führt F. in diesem (vor der Northwestern Medical and Surgical Society von New York gehaltenen) Vortrage einige recht beachtenswerte Punkte vor. Die Bezeichnung „hereditäre Lues“ will er nur auf diejenigen Fälle angewendet wissen, wo die Infektion zur Zeit der Konception stattgefunden hat, und den Ausdruck „hereditäre Spätsyphilis“ hält er für unberechtigt, es handle sich dabei wohl immer um Fälle, die eben nicht früher diagnostiziert worden seien. Was die Veränderungen betrifft, welche die Heredosyphilis in den Organen setzt, so kommen in erster Linie an Häufigkeit die Knochen, und zwar die langen am Übergang der Dia- in die Epiphyse; von den inneren Organen ist die Leber öfter der Sitz der syphilitischen Affektion beim Fötus wie beim Neugeborenen als jedes andere Organ (interstitielle oder gummatöse Hepatitis). Rhinitis und Pharyngitis sind konstante, Fissura ani ein häufiges Symptom der angeborenen Syphilis. Sind schon zur Zeit der Geburt Erscheinungen vorhanden, so ist der Fall immer als schwerer zu bezeichnen und die Prognose sehr ungünstig. Gewöhnlich erscheinen die Symptome zwischen der 2. und 6. Woche, in wenigstens ³/₄ der Fälle in den ersten drei Monaten; treten sie im Laufe des ersten Lebensjahres nicht auf, so kann das Kind als frei von Infektion angesehen werden. Das erste äufsere Symptom ist gewöhnlich Coryza, bald erscheinen makulöse, auch papulös-squamöse Eruptionen von dunkelroter Farbe an Handflächen und Fufssohlen, dann im Gesicht, Fissuren in den Mundwinkeln und Plaques an Lippen und Innenseite der Wangen. Diese Plaques und Risse an den Lippen sowie am After, welche ziemlich tief sind, leicht bluten und der Behandlung oft lange trotzen, betrachtet F. als untrügliche Zeichen der angeborenen Syphilis, während Vergröfserungen der Lymphdrüsen dabei selten und die nach HUTCHINSON benannte Zahnform und -stellung durchaus nicht pathognomonisch sei. Die Prognose bei der angeborenen Syphilis der Kinder ist schlechter wie bei der erworbenen. Die Behandlung sollte eigentlich schon vor der Geburt beginnen, d. h. wenn die Mutter als syphilitisch, auch ohne momentane Erscheinungen, erkannt ist, während der Schwangerschaft eine energische, spezifische Kur eingeleitet werden; der Erfolg für das Kind ist, wie zwei Fälle von F. lehren, ein vorzüglicher. Die Behandlung eines syphilitischen Kindes soll unmittelbar nach der Geburt begonnen und ein Jahr lang fortgesetzt werden, im zweiten Halbjahre unter Herabsetzung der Hg-Dosis auf die Hälfte oder ein Drittel. Die beste Methode ist die Schmierkur, sodann innerlich Kalomel in der Dosis von 6 mg, viermal täglich; im allgemeinen vertragen die Kinder das Quecksilber vorzüglich, Speichelflufs ist selten, hochgradige Anämie jedoch das Zeichen, mit der Kur auszusetzen. Ähneln (?) die Symptome jenen im Tertiärstadium des Erwachsenen, so kann Jodkalium in Lösung und Dosis von 1,25—7,5 g pro Tag je nach Schwere des Falles und Alter, ferner müssen tonische Mittel, wenn nötig, gegeben und darf eventuelle lokale Behandlung nicht versäumt werden. *Stern-München.*

Die Diagnose und Therapie der Syphilis hereditaria in Findelhäusern, von M. SZALÁRDI. (*Gyógyászat.* 1897. No. 41.) Verfasser bespricht ein Verfahren, mit welchem er seit Jahren im Budapester Findelhause (Verein des weifsen Kreuzes) den gröfseren Teil der an kongenitaler Syphilis erkrankten Kinder am Leben erhalten konnte. Bekanntlich kann ein solches Kind nur dann am besten erhalten werden, wenn es mit Muttermilch genährt und antiluetisch behandelt wird. In den meisten Findelhäusern ist dies wegen der vorhandenen Systeme kaum durchführbar. So z. B. werden in den französischen, italienischen, russischen und spanischen Findelhäusern die Findlinge und unehelichen Kinder ohne die Mutter aufgenommen. In den österreichischen Findelhäusern wird auch die Mutter aufgenommen.

Dieselbe ist sogar verpflichtet, drei Monate hindurch unentgeltlich Ammendienste zu leisten. Da werden aber nur die gesündesten und kräftigsten Mütter mit gesunden Kindern zurückbehalten, denen natürlich syphilitische Kinder nicht anvertraut werden können. Andererseits werden in den meisten Findelhäusern die Kinder nur in den ersten Lebenstagen zurückbehalten, alsdann aufs Land in Ammenschaft gegeben. Nun aber zeigen sich bekanntlich die syphilitischen Erscheinungen nicht gleich bei der Geburt, sondern erst in Wochen und Monaten; so werden diese Kinder dann bei Konstatierung der Syphilis sofort künstlich ernährt, was bei den meisten das letale Ende herbeiführt. — In dem weifsen Kreuze wird nun folgendes Verfahren eingeleitet: Daselbst werden die Kinder nur mit den Müttern aufgenommern, die Ausnahme bilden die auf der Strafse gefundenen Kinder, jede Mutter darf nur ihr eigenes Kind stillen und pflegen. Die Kinder werden zumeist 2—3 Wochen in der Anstalt behalten, nur die auf Lues verdächtigen länger. Ist die Syphilis bei dem Kinde konstatiert, so wird das Kind regelrecht antiluetisch behandelt; sind dann die Symptome verschwunden, wird das Kind mit der eigenen Mutter in die eigene Kolonie (nach Monor) gesendet, woselbst die Mutter das Kind weiter stillt. Zu ihrer Erhaltung wird dieselbe monatlich mit zehn Gulden unterstützt. Mufs ein Kind ohne Mutter aufgenommen werden, so wird das syphilitische Kind auch in die Kolonie geschickt und von zwei syphilitischen Müttern gestillt, deren jede fünf Gulden Unterstützung erhält. Jedes Kind mufs in der Anstalt im Anfange monatlich ein- bis zweimal, später nur monatlich vorgestellt werden. Die genauen statistischen Daten seiner Erfolge will Verfasser demnächst veröffentlichen. *A. Alpár-Budapest.*

Ein Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit dem sogenannten Naturheilverfahren, von F. Mraček. (*Wien. klin. Rundsch.* 1898. No. 26.) An der Hand von fünf Fällen legt Verfasser dar, wie verderblich das sogenannte Naturheilverfahren für Syphilitiker werden kann, wie sehr dieselben in ihrem Allgemeinbefinden leiden und körperlich herunterkommen, wie ungünstig auch die lokalen Syphilide durch diese Kuren beeinflufst werden können, so dafs sie einen malignen, pustulösen, ulcerösen, selbst gangränösen Charakter annehmen. Es wirke diese Methode daher nicht nur indirekt schädlich durch Verzögerung einer rationellen antiluetischen Behandlung, sondern verschlimmere auch direkt den Charakter des Leidens.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Unguentum hydrargyri cinereum innerlich gegen Syphilis, von Silberstein-Hamburg. (*Therap. Monatshefte.* Juli 1898.) Mit der innerlichen Darreichung von grauer Salbe in Pillenform empfiehlt der Verfasser nach dem Vorgange Anuschats eine neue Behandlungsweise der Lues, die, wenn sie wirklich mit den gerühmten Erfolgen das Fehlen der unangenehmen Nebenerscheinungen der anderen Methoden verbände, als ein entschiedener Fortschritt in der Syphilotherapie anzusehen wäre. Ausgegangen sind beide Autoren, Anuschat wie Silberstein, von der Annahme, dafs das Merkur hauptsächlich durch Einatmung bei den Inunktionskuren wirke. Innerlich gereicht, wird es durch die Galle feinst emulgiert, so dafs es im Darm resorbiert ins Blut gelangt und dort zu Dampf verwandelt seine Wirkung ausübt. Die Vorschrift für die Pillen lautet: Unguent. Lanolin. Hydrarg. ciner. 4,5, Pulver. radic. liquir. 5,0, Glycerin. gtts. V, Mucil. Gummi Mim. 9,5 ut f. pilul. No. 60; s. 2mal täglich zwei Pillen. — Daneben fett- und alkoholreiche Kost. Beste Mund- und Zahnpflege. — In der Anwendung dieser neuen Ordinationsweise der alten guten grauen Salbe während eines Jahres bei 50 Syphilitischen sah Silberstein nie unangenehme Nebenerscheinungen von Bedeutung. — Jedenfalls fordert die interessante Arbeit die Dermatologen zur Nachprüfung der therapeutischen Neuerung auf. *Hopf-Dresden.*

Über den Wert des Haemolum hydrargyrojodatum als antisyphilitisches Mittel, von A. JORDAN-Moskau. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1898. No. 20.) Das Präparat wurde in Pillenform gegeben: Haemoli hydrarg. jodat. 8,0, Extr. et pulv. Liquir. cin. q. s. ut f. pilul. No. 50, 6—10 Pillen täglich in allmählich steigender Dosis. Es macht bei Leuten mit gutem Verdauungsapparat verhältnismäſsig wenig unangenehme Nebenerscheinungen, hebt den Allgemeinzustand in trefflicher Weise, ist aber nur bei leichter Syphilis allein genügend. *A. Strauſs-Barmen.*

Die neue Behandlung der Syphilis, von LALANDE und PHILIPPE. (*Comptes Rendus.* 1898. No. 10.) Die Verfasser wenden diese Methode bereits seit zwei Jahren an. Sie besteht in intramuskulären Injektionen einer Flüssigkeit, welche auf ein Liter 5,10 Gelatine, 0,30 Calciumphosphat, 0,03 Calciumsulfat, Spuren von Kalium sulfuricum, 8,37 Chlornatrium enthält. Von dieser Lösung werden alle acht, alle zwei Tage oder je nach den Indikationen täglich 1—2 ccm injiziert. Bei über 3000 Injektionen kam es nur dreimal zu Abscefsbildung; sozusagen keine lokale oder allgemeine Erscheinungen. Therapeutisches Resultat: progressive Besserung und Verschwinden der Erscheinungen nach 5 bis 30 Injektionen. — Ähnlich wie bei Syphilis hat LALANDE auch bei einigen Fällen von Ekzem, Psoriasis und selbst in einem Falle von Lupus faciei Heilung erzielt. *C. Müller-Genf.*

An welcher Stelle müssen die Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate gemacht werden? von MÖLLER. (*Gaz. hebd.* Februar 1898.) Zur Vermeidung einer Gefäſsverletzung und von Lungenembolien wählt man am besten die Region oberhalb der oberen Extremität des groſsen Trochanters, während man im Gegenteil am meisten Chancen hat, auf ein Blutgefäſs zu stoſsen, wenn man in der Mitte einer Linie einsticht, welche von der Spina iliaca poster. sup. zum Tuber ischii zieht und ungefähr 6 cm von der Mittellinie liegt. *C. Müller-Genf.*

Über die Injektionen von Sublimat in hohen Dosen bei der Behandlung der Syphilis, von PELAGATTI. (*Il Morgagni.* 1898. No. 7.) Nach dieser Methode wurden 68 Patienten in der sekundären und tertiären Periode mit im ganzen 429 Injektionen behandelt. Es wurde eine 4%ige Lösung verwendet und davon jeweilen 1 ccm eingespritzt (im allgemeinen eine Injektion wöchentlich). Verfasser findet die Methode ausgezeichnet für ambulante Patienten, indem sich der günstige Erfolg bereits bei den ersten Injektionen kundgiebt. *C. Müller-Genf.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein Fall zur Beleuchtung der engen Beziehungen zwischen Prostata und Testikeln u. s. w., von J. R. GIBSON. (*Lancet,* 12. Sept. 1896.) Ein Mann in den fünfziger Jahren mit Prostatahypertrophie, der seit einem Jahre nur mittelst Katheters Urin entleeren konnte, acquirierte wahrscheinlich infolge von Reizung bei dieser Manipulation eine akute Orchitis. Sofort besserten sich die Blasenbeschwerden, der Urin konnte spontan gelassen werden, und diese Besserung hielt auch nach dem Abheilen der Orchitis an. *Philippi-Itzehoe.*

Chronische Kontraktion der Prostatafasern, die den Blasenhals umgeben, und ihre Behandlung, von FULLER. (*Amer. Journ. of Med. Sc.,* Okt. 1897.) Verfasser beschreibt Krankheitsfälle, in denen es den Patienten unmöglich ist oder nur mit Mühe gelingt, Wasser zu lassen, ohne daſs eine Prostatahypertrophie, ein Rückenmarksleiden vorlag, oder ohne daſs eine Ursache für den reflektorischen

Krampf des Blasenhalses zu finden war. In solchen Fällen erzielte er Heilung, indem er die Boutonnière machte und nun mit dem eingeführten Finger die stark kontrahierten Prostatafasern zerriſs oder mit dem Messer durchtrennte.

F. Hahn-Bremen.

Über die neueren Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie (Kastration, Ligatur des Samenstranges, Organotherapie), von Josef Englisch. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. No. 42—52.) Zunächst stellt Verfasser über die Wechselbeziehungen zwischen Hoden und Prostata Betrachtungen an, wobei sich dieselben als ziemlich innige ergeben. Kleinheit oder Fehlen der Hoden geht gewöhnlich Hand in Hand mit Kleinheit oder Fehlen der Prostata. Kastration bewirkt Verkleinerung der Vorsteherdrüse. Der Erfolg der Kastration bei Vergröſserung der letzteren ist von der Beschaffenheit der Blase und der höher gelegenen Harnorgane in hohem Maſse abhängig. Auch die einseitige Exstirpation des Hodens kann eine Verkleinerung der Drüse zur Folge haben, jedoch ist in dieser Richtung eine weitere Prüfung nötig. — Die Durchtrennung des Samenstranges wird nach Bloſslegen desselben am besten mit dem Thermokauter bewirkt, wenn nicht die Excision eines Stückes vorgezogen wird. Wo ein blutiges Verfahren nicht zugegeben wird, kann man auch an zwei, 4 cm voneinander entfernten Stellen Fäden hinter dem Samenstrang durchführen, diese kreuzen und über einer Rolle festknüpfen. Man läſst sie liegen, bis sie durchgeschnitten haben. Der Erfolg der Durchtrennung der Samenstränge auf die Prostatahypertrophie ist ein günstiger, die einseitige Operation hat keinen Wert. Die doppelseitige Kastration und die doppelseitige Resektion der Samenleiter sind in Bezug auf die Wirkung gleichwertig; letztere Operation ist ungefährlicher und leichter bei dem Kranken durchzusetzen. — Versuche mit Prostatafütterung fielen nicht ganz negativ aus; in acht Fällen konnte man feststellen: Abnahme des Harndranges in der Nacht, Erleichterung des Harnlassens nach längerem Gebrauche, Verkleinerung der Prostata bei einigen Fällen, Verminderung des Eiweiſsgehaltes, Erholung der Kranken infolge der ungestörten Nachtruhe. Der Residualharn schwand nie vollständig. — Seinen Schluſsfolgerungen schickt Verfasser noch die Erörterung einiger Fragen voraus. Die Übertragung der Tierversuche auf den Menschen hält er in diesem Falle für vollkommen erlaubt. — Die Erfolge sind um so besser, je mehr die drüsige Hypertrophie der bindegewebigen gegenüber überwiegt. Die Seitenlappen werden daher als drüsenreichere eher schwinden; die Besserung wird stets länger warten lassen, wenn die Vergröſserung des Mittellappens überwiegt. Der Zustand der Nieren, vorhandene sonstige Leiden (Diabetes, Tabes, Tuberkulose) sind von gröſster Wichtigkeit, ebenso die Beschaffenheit der Blase, besonders ihrer Muskulatur. — Folgende Normen stellt Verfasser für die Therapie der Prostatahypertrophie auf: 1. In allen leichten Fällen können wir die palliative Behandlung in Anwendung bringen und selbe durch die Organotherapie unterstützen, welche letztere auch bei den übrigen Behandlungsmethoden angezeigt erscheint. Es gilt dies insbesondere bei furchtsamen Individuen. 2. Hieran schlieſsen sich die Operationen am Samenstrange, von denen jedoch nur die Resektion eines 3—4 cm langen Stückes nebst Erhaltung des Hodens von Erfolg begleitet sein wird. Die Verkleinerung der Vorsteherdrüse erfordert einen längeren Zeitraum als nach der Kastration. 3. Die doppelseitige Kastration hat einen rascheren Erfolg, wirkt aber meist deprimierend auf die geistige Funktion, wenn auch die von einzelnen hervorgehobenen schweren psychischen Erscheinungen nicht der Operation in die Schuhe geschoben werden können. 4. Bleibt der Erfolg der genannten Verfahren aus, so hat die Anlegung einer Blasenfistel, speziell einer Bauchblasenfistel (Cystostomatie) den Vorzug vor den eingreifenden Prostatatomien, Prostatektomien, da gerade die Er-

fahrungen bei letzteren ungünstig lauten. 5. Mit der operativen Behandlung ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen, sondern sie muſs palliativ noch lange Zeit fortgesetzt werden, um die Aufsaugung der Drüsensubstanz zu fördern. (Die Besprechung der Bottinischen Operation wird in der sonst so ausführlichen Arbeit vermiſst. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Katheterleben und einige Bemerkungen über die Ätiologie der Prostatahypertrophie, von Bolton Bangs. (*Med. News*, 12. Febr. 1898.) Nach Verfasser spielten in der Ätiologie der Prostatahypertrophie Masturbation wie überhaupt Excesse in geschlechtlicher Beziehung eine groſse Rolle. Seine Ausführungen über „Katheterleben" gipfeln im allgemeinen in eifriger Befürwortung der Reinlichkeit und guter Katheter, um Cystitis zu verhindern. *F. Hahn-Bremen.*

Die neuesten Erfahrungen über die Behandlung der Prostataaffektionen, insbesondere der Prostatahypertrophie, von H. Lohnstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 31.) Erwähnenswert aus diesem Referat erscheinen die Ausführungen Willy Meyers über die Bottinische Operation (*New York med. Record*, 5. März 1898.) Indiciert ist die Operation nur bei Prostatahypertrophie mit kompletter Retention, bezw. Ischurie. Sie ist keineswegs harmlos, andererseits nicht selten erfolglos. Bei schweren Komplikationen, wie doppelseitige Pyelitis, ist von der Operation abzuraten. — Im Gegensatz zu Meyer hält v. Frisch (über Bottinis Operation, k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, 1. April 1898) die Operation an sich für völlig gefahrlos. — Über die Studien von Albarran und Motz in den *Annales des maladies des organes génito-urinaires* wurde an anderer Stelle berichtet. — Tobin (Über senile Prostatahypertrophie, *Lancet*, 26. März 1898.) hat einen Fall von Hypertrophie mit kompletter Retention durch doppelseitige Resektion der Vasa deferentia zur Heilung gebracht. Bei der Operation fand er an beiden Samenleitern wallnuſsgroſse Retentionscysten, von denen die eine lebende Spermatozoen enthielt. Auf Grund dieses Befundes nimmt Tobin an, daſs gewisse Zustände, wie sitzende Lebensweise, Hämorrhoidalleiden, Nachwehen von Blennorrhoe, Bedingungen schaffen, welche eine gründliche Entleerung der Vasa deferentia hindern; die Folge davon sind Stauungen in denselben bis zur Prostata, die ihrerseits die Prostatahypertrophie herbeiführen. — Knowless Swinsburne berichtet über Vesiculitis und Prostatitis (*Journ. of cut. and gen.-ur. diseases*, März 1898), die in 45% aller Fälle von chronischer Blennorrhoe, aber auch nicht selten bei akuten Fällen vorkommen. Epididymitis prädisponiert stets zu Vesiculitis. Die Behandlung besteht in Massage der Prostata und der Samenblasen.

Götz-München.

Die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von D. M. Ewan. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 24—27.) Verfasser bespricht zunächst die in der Litteratur veröffentlichten Operationsmethoden und unterzieht deren Resultate einer eingehenden Kritik: Er operierte selbst fünf Fälle, und zwar bei drei Fällen von Prostatahypertrophie machte er die bilaterale Kastration und bei zwei Fällen die bilaterale Resektion des Vas deferens, deren ersteren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Verfasser kommt auf Grundlage der in der Litteratur veröffentlichten und von seinen Fällen zum Schlusse, daſs in einer Anzahl von Fällen eine Atrophie gewissen Grades der hypertrophierten Prostata durch die Operation erreicht werden kann. Bezüglich der Theorien, welche für die Kastration aufgestellt wurden, scheint für die Wirkung des ersten Augenblickes diejenige am plausibelsten zu sein, welche auf einer Abnahme des Blutzuflusses infolge reflektorischer Gefäſsreaktion basiert. Allein die wirkliche Atrophie, welche erst später während des weiteren Verlaufes

Platz greift, wäre auf die zweifache Funktion der Hoden zurückzuführen, und zwar auf die Beeinflussung und Regelung der Charakteristika des männlichen Geschlechtes und auf die Bereitung der Spermatozoen. Bezüglich der ersten Funktion scheint ein physiologisches Produkt gebildet zu werden, welches ein Stimulans und Nutriens für den Organismus bildet. Abgesehen von dieser Funktion scheint es noch einen besonderen Einfluſs auf die accessorischen Drüsen einschlieſslich der Prostata zu haben und eine wesentliche Bedeutung für deren Ernährung und Wachstum zu besitzen; bei der Kastration scheint der Effekt nun auf dem Wegfall dieser Sekrete zu beruhen. Eine andere Theorie, die ebenfalls zur Erkrankung der Prostata nach der Kastration angeführt wird, ist die Umwandlung durch nervöse Einflüsse. Seine Ausführungen konkludiert er in folgenden Schluſssätzen: 1. In einer ansehnlichen Zahl von Fällen bewirkt die Kastration eine gröſsere oder geringere Atrophie der vergröſserten Prostata; diese Atrophie ist vermutlich das Resultat des Ausfalles einer physiologischen Substanz, die von den Hoden geliefert wird und zur Ernährung der Drüse erforderlich ist. 2. Die Atrophie stellt sich am leichtesten bei der weichen und elastischen Form der Hypertrophie ein, wird aber auch bei der harten gefunden, selbst wenn sie mit allgemeiner Arteriosklerose verbunden ist. 3. Die besten Erfolge giebt die diffuse Vergröſserung der Drüse. Nicht erhabene Vergröſserungen des mittleren Lappens gestatten noch die Kastration, indes intravesikale Vorwölbungen mehr für die Prostatektomie geeignet sind. 4. Eine noch nicht zu weit vorgeschrittene Cystitis kann gebessert oder geheilt werden! 5. Hohe Grade von Cystitis in Verbindung mit septischer Infektion der Niere und schmerzhaften Blasensymptomen werden besser durch Drainage der Blase behandelt. 6. Die Kontraktilität der Blasenwand stellt sich auch nach jahrelangem Katheterleben wieder her. 7. Auch wenn die Fähigkeit der willkürlichen Entleerung nicht mehr zurückkehrt, bringt die Operation dem Patienten eine Erleichterung dadurch, daſs der Katheterismus seltener erforderlich, schmerzloser und leichter wird. 8. Abgesehen von der erwähnten Ausnahme ergiebt die Kastration gleich gute Resultate wie die Prostatektomie, bei geringerer Mortalität. 9. Die Resektion der Vasa deferentia bewirkt eine langsamere Verkleinerung der hypertrophierten Prostata als die Kastration. 10. Sie ist dagegen als Operation einfacher, wird vom Patienten leichter bewilligt und kann daher eher empfohlen werden. *A. Alpár (Aschner)-Budapest.*

Versuch einer Therapie der Prostatahypertrophie mit Prostata- und Samenblasenextrakt, von Oraison. (*Annales de la Policlin. de Bordeaux.* 1898. No. 45.) Verfasser hat in acht Fällen von Prostatahypertrophie mit Retention die Opotherapie angewendet und siebenmal einen günstigen Erfolg erzielt. Das Präparat wurde in Gestalt von Glycerinextrakt (10—15 ccm) oder als getrocknetes Pulver (4—5 Pillen à 0,10 pro die) verabreicht. Die Schmerzen lassen rasch nach, die Polakiurie ebenfalls und die Prostata verkleinert sich. *C. Müller-Genf.*

Erfahrungen mit Bottinis galvanokaustischer Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie, von Freudenberg. (*New York Med. Journ.* 12. Febr. 1898.) Verfasser empfiehlt warm die Bottinische Methode, beschreibt eine von ihm angegebene Modifikation des Incisors und den von ihm gebrauchten Akkumulator mit Ampèremesser. Er hat 13 Fälle operiert, von denen zwei gestorben sind, einer trotz der Operation an Pyelitis, einer infolge der Operation an embolischer Pneumonie Bei den anderen elf Fällen ist der Erfolg ein guter. *F. Hahn-Bremen.*

Über Prostatektomie, von Pédal. (Nach *Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1898, Heft 3.) Der Verfasser behandelt in seiner Arbeit die Indikationen der Operation,

das operative Verfahren und die Resultate. Die Prostatektomie ist indiciert bei Vergröfserung einzelner Prostatalappen, besonders des mittleren, gleichviel ob die Lappen gestielt sind oder nicht. Die Thätigkeit der Blase bessert sich in solchen Fällen nach der Operation sofort. Die Vergröfserung isolierter Prostatalappen findet sich ziemlich häufig. Bei allgemeiner Prostatahypertrophie ist die Prostatektomie nicht anwendbar. Ist die Kontraktilität der Blase vollkommen verschwunden, so soll die Operation nur gemacht werden, wenn die Katheterisation sehr schwierig ist; die Kontraktilität stellt sich oft noch teilweise wieder ein. — Das operative Verfahren ist verschieden je nach der Anordnung der Lappen. Die Operation kann mit Messer und Schere oder mit dem Galvanokauter gemacht werden. — Bei 18 Fällen beobachtete der Verfasser 13 Besserungen, zwei Todesfälle; drei Fälle blieben unbeeinflufst durch die Operation. Die Resultate anderer Autoren sind ebenso befriedigend. Der Verfasser urteilt daher über die Operation günstig. *Götz-München.*

Ein Ventil-Harnfänger für Säuglinge beiderlei Geschlechts, von Rudolf Hecker. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 13.) Verfasser giebt einen für Knaben und Mädchen brauchbaren Harnrecipienten an. Derselbe besteht aus dem eigentlichen Recipienten aus Glas mit einem offenen, kleinen Fortsatz am Halse, einem Ventil, das zwischen Flaschenhals und Glasröhre eingeschaltet wird, einem Ansatzstück für Knaben oder Mädchen und einer Bandage. Der in die Flasche entleerte Urin kann nicht mehr zurückfliefsen. Der Apparat ist leicht anzulegen und zu reinigen, er funktioniert gut. (Metzeler & Co. in München.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Erfahrungen auf dem Gebiete der Harnuntersuchungen und Bericht über die Fortschritte der Harnanalyse im Jahre 1897, von Buchner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 24 u. 25.) Aufser den Erfahrungen, die der Verfasser bei seinen Harnuntersuchungen in seinem Laboratorium gemacht hat, werden im vorliegenden Aufsatze alle Arbeiten aufgezählt, die im Jahre 1897 über die Untersuchung des Harns und den Nachweis einzelner Stoffe in demselben veröffentlicht wurden. Der Aufsatz besteht daher aus sehr zahlreichen kurzen Einzelheiten; er ist zum Referate nicht geeignet. *Götz-München.*

Neue Harnproben, von H. Lohnstein. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 29.) In dem Referat werden angeführt die Arbeit Arnolds (*Berl. klin. Wochenschr.*, 28. März 1898) über neue Thatsachen zur Kenntnis der bei der Hellerschen Blutprobe im Harn sich abspielenden Vorgänge, sowie über einige Modifikationen dieser Probe. Ferner die spektroskopische Untersuchung für den Nachweis eines Harnpigments, das von Deroide und Lecompt im Harn von Bleikranken gefunden und Urohämatoporphyrin genannt wurde (*L'écho méd. du nord*, 3. April 1898). Dasselbe wurde als Urohämatin schon vorher von Mac-Mann bei Rheumatismus und Pericarditis beschrieben. Es findet sich zuweilen auch bei Lebercirrhose, Meningitis und Chlorose. — Neue Proben auf Gallenfarbstoffe wurden angegeben von Krokiewicz-Batko (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 8) und Rosin (*Wien. klin. Wochenschr.* 17. März 1898). Jolles giebt neue Proben zum Nachweis von Brom (*Wien. klin. Rundschau*, 20. März 1898) und Pyramydon (Wien. med. Club, 9. März 1898) im Harn an, Bang eine neue Methode zum Nachweise der Albumosen (*Dtsch. med. Wochenschr* 1898. No. 2). Gärtner endlich beschreibt ein neues Centrifugalfilter (*Wien. med Wochenschr.* 26. März 1898). *Götz-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. № 5. 1. März 1899.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Impetigo vulgaris.

Von

Dr. P. G. Unna und Frau Dr. Schwenter-Trachsler.

Geschichtliches über Impetigo im allgemeinen.

Die alten Formen der Impetigo des Willanschen Systems, die Impetigo sparsa, figurata und scabida wurden bekanntlich von dem im Laufe dieses Jahrhunderts immer mehr sich ausdehnenden Begriffe des Ekzems absorbiert und alle Dermatologen bis auf Hebra und seine Schüler erklärten die Impetigo mit dem pustulösen und krustösen Ekzem für identisch. Es ist das Verdienst von Tilbury Fox, dem gegenüber in unanfechtbarer Weise die Sonderexistenz einer „Impetigo“ als einer eigentümlichen Krankheit neben dem Ekzem nachgewiesen zu haben. In seinem Lehrbuch[1] widmet er der sogenannten Impetigo contagiosa ein eigenes Kapitel, nachdem er bereits 1862 dieselbe Krankheit beschrieben hatte. Dieses Verdienst bleibt ihm auch, trotzdem bereits Devergie in seinem Lehrbuche sich offen und unter Beibringung von Krankengeschichten für die Kontagiosität der Impetigo ausgesprochen hatte (S. 227); denn Devergie wie sein Zeitgenosse Bazin waren noch weit von einer so scharfen Trennung ihrer Impetigo vom Ekzem entfernt, wie sie von Tilbury Fox durchgeführt wurde.

Die Impetigo contagiosa ist nach Tilbury Fox eine in hohem Grade autoinokulable und in mäfsigem Grade auf andere Individuen sich übertragende, „quasi-epidemische“ Hauterkrankung, von einem durchaus uniformen, vesikopustulösen Charakter, welche insbesondere die Kinder der unteren Klassen befällt. Sie findet sich mit Vorliebe auf dem Gesicht, den Händen, aber auch vom Scheitel bis zum Nacken auf dem behaarten Kopfe in Form kleiner Bläschen von Halberbsengröfse, die sich allmählich vergröfsern und dann zur Bildung von flachen, strohgelben,

[1] Dritte Auflage. 1873. S. 227.

höckerigen, wie angeklebten Krusten führen. Sie jucken gar nicht oder wenig. Beim Abheben der Krusten ist der Grund erythematös und mit einem gummiähnlichen Sekret bedeckt. Sie vermehren sich durch Inokulation von Bläschen zu Bläschen, teils durch überfliefsendes Sekret, teils durch den Fingernägeltransport, aber meistens erscheint eine gröfsere Gruppe von Bläschen ziemlich rasch im Laufe einer Woche. TILBURY FOX gelang sehr häufig die künstliche Inokulation derselben. Niemals traten aufser den Bläschen und Krusten Papeln auf. Nur durch eine Konfluenz vieler Bläschen und Krusten entsteht besonders im Gesicht eine Ähnlichkeit mit Ekzem; das letztere sowie Scabies kann sich als Komplikation der Impetigo contagiosa einfinden. Häufig tritt dieselbe als Familienerkrankung gleichzeitig bei mehreren Kindern auf.

In Bezug auf die Differentialdiagnose ist von Wichtigkeit, dafs TILBURY FOX, obwohl er (S. 165 l. c.) alle sonstigen Impetigines als identisch mit Eiterbläschen tragenden Ekzemen erklärt, sehr genau die Impetigo contagiosa von WILLANS Impetigo sparsa (S. 227) zu trennen sich bemüht.

Er führt folgende als differentielle Momente an. Die Impetigo sparsa:

1. entsteht nicht aus einem serösen Bläschen, sondern ist
2. von Anfang an eiterig. Meist tritt eine Gruppe von Eiterblasen auf.
3. Sie bildet keine gröfseren Blasen,
4. ist weder kontagiös, noch inokulabel,
5. zeigt keinen bestimmten Verlauf,
6. ist nicht auf das Kindesalter beschränkt und
7. nicht so leicht heilbar wie die Impetigo contagiosa.

Aus dieser Differentialdiagnose geht hervor, dafs die Impetigo sparsa nach TILBURY FOX fast alle Charaktere unserer heutigen Impetigo staphylogenes (Impetigo BOCKHART) besitzt. In dieser Beziehung ist besonders hervorzuheben: der primäre Eitergehalt des Bläschens, das häufige Vorkommen bei Erwachsenen, die schwerere Heilbarkeit. Dagegen ist natürlich die Impetigo staphylogenes inokulabel und autoinokulabel und dieser Umstand mag, ebenso wie der weitere Verlauf, nämlich die teilweise Umwandlung in Furunkel, TILBURY FOX nur deshalb entgangen sein, weil er nur vereinzelte Fälle dieser Affektion sah und die ätiologische, zuerst durch BOCKHART erwiesene Einheit derselben mit den Furunkeln damals noch unbekannt war.

Wie man sieht, kann die Schilderung der Impetigo contagiosa von TILBURY FOX, soweit sie soeben mitgeteilt ist, in allen Punkten als eine solche der Impetigo vulgaris gelten, wie sie neuerdings von UNNA in seiner Histopathologie (S. 189 ff.) niedergelegt wurde. Aber das Kapitel

über Impetigo contagiosa von TILBURY FOX enthält noch einige andere Symptome, welche der Impetigo vulgaris, wie wir dieselbe Jahr für Jahr in Hamburg beobachten, nicht entsprechen.

Es sind die folgenden:

Zunächst muſs auffallen, daſs TILBURY FOX im stande war, die Bläschen 5—6 Tage lang als solche zu verfolgen und während dieser Zeit ihre Vergröſserung bis zum Umfange eines „Shillings" und ihre Abflachung im Centrum zu beobachten. Wir dagegen sehen die Bläschen fast immer nur höchstens 3 Tage lang, dasselbe hat sich dann immer schon, meistens aber bereits früher, in eine kleine Kruste verwandelt, die nicht gröſser ist als pfefferkorn- bis höchstens erbsengroſs; die weitere Vergröſserung tritt nicht an der Blase, sondern an der Kruste ein, besonders wenn diese abgerissen und durch eine umfangreichere ersetzt wird. Endlich haben wir auch keine centrale Depression der Blase beobachtet; die centrale Abflachung unter peripherem Fortschritt ist ein Symptom der Impetigo circinata, welche von der Impetigo vulgaris ätiologisch und klinisch durchaus zu trennen ist. Ob in Bezug auf den längeren Bestand der Blase eine Londoner Eigentümlichkeit vorliegt oder ob wegen dieses klinischen Symptoms die Impetigo contagiosa TILBURY FOX vollständig von der Hamburger Impetigo vulgaris zu trennen sei, muſs der weiteren Beobachtung und ätiologischen Nachuntersuchung in London vorbehalten bleiben. Es kommt hier in Betracht, daſs auch noch in anderer Beziehung TILBURY FOX von seinem Material einen wesentlich anderen Eindruck erhielt als wir von dem unsern. Nach TILBURY FOX ist die Impetigo contagiosa „clearly on affection of the system", eine Allgemeinerkrankung, welche mit Fieber, Frost, allgemeinem Unbehagen beginnt und welcher die Eruption erst folgt, etwa wie ein Herpesbläschen dem vorangehenden Fieber. Die Kinder sollen dabei unwohl, bleich und leidend aussehen, während die unsrigen gesund, frisch, kräftig und fieberlos sind. Wieviel von dieser Differenz der Beobachtung auf Rechnung der damals und auch jetzt noch in England herrschenden Anschauung zu setzen ist, daſs sehr viele Hautaffektionen konstitutionell begründet seien, kann auch nur eine erneute Nachprüfung in London erweisen. Immerhin muſs betont werden, daſs TILBURY FOX gerade deshalb auf seine stark hervorgehobene Anschauung: „the Impetigo is certainly not a parasitic disease" Wert legt, weil er im übrigen als einer der ersten in England die Parasiten als einen wichtigen Faktor in der Ätiologie der Hauterkrankungen anerkannt hat.

Alles in allem genommen stimmt die Schilderung, welche TILBURY FOX von seiner Impetigo contagiosa entwirft, in den meisten Punkten mit der von uns zu gebenden der Impetigo vulgaris von Hamburg überein und es ist uns so viel wie sicher, daſs wenigstens unter anderem auch die

Impetigo vulgaris dem englischen Autor bei seiner Schilderung vorgelegen hat, wenn es auch sehr wahrscheinlich ist, daſs andere Formen der Impetigo, welche wir heute zu trennen vermögen, mit in seine Schilderung hineingespielt haben.

Die Beobachtungen von TILBURY FOX erhielten zunächst volle Bestätigung durch KOHN (KAPOSI) 1871, welcher eine präcise Schilderung der Krankheit gab. Er sowohl wie GEBER, 1876, fanden in dem abschilfernden Randsaum der Borken Fadenpilze mit „schotenförmigen Fruktifikationserregern", weshalb GEBER sich der Annahme zuneigte, daſs Fox' Impetigo contagiosa eine eigentümliche Form des Herpes tonsurans vesiculosus (Trichophytia corporis) sei. Auch PIFFARD (1872) wollte einen Fadenpilz (Leptothrix vaccinalis) als Ursache der Impetigo gefunden haben; auſser ihm schrieben noch TAYLOR und PEUGUET (1872) über diese Krankheit. Diese Artikel setzten der grundlegenden Arbeit von TILBURY FOX nichts Neues und Wesentliches hinzu. Die ätiologischen Vermutungen der damaligen Zeit können wir heute auf sich beruhen lassen. Ob alle von diesen Nachfolgern beschriebenen Fälle zur Impetigo vulgaris im engeren Sinne gehören, ist mehr als zweifelhaft. Jedenfalls treten die Fälle von GEBER ganz aus dem Rahmen dieser Kinderkrankheit heraus, wenn sie auch wahrscheinlich irgend eine andere Form von Impetigo darstellen und unter den heutigen erweiterten Gattungsbegriff der Impetigo sich wohl einreihen lassen.

Wichtiger als diese klinischen Beiträge ist ein kurzer Artikel von VIDAL über die Inokulabilität der Impetigo (Inoculabilité de quelques affections cutanées, *Congrès méd. intern. de Genève* 1877), in welchem er im Anschluſs an TILBURY FOX zwei Arten von Impetigo unterscheidet, den kontagiösen Ausschlag der Kinder und eine andere oft „das Ekzem begleitende" Impetigo. Von beiden macht VIDAL viele erfolgreiche Autoinokulationen, während er auf sich selbst und auf Hunde nicht mit Erfolg impfte. Die Impfungen verliefen folgendermaſsen: Am ersten Tage trat ein wenig Brennen am Inokulationspunkte auf, am zweiten bildete sich ein roter Hof um denselben, am dritten eine Vesikopustel, die inokulable Flüssigkeit lieferte. Bei der Impetigo contagiosa war das Bläschen groſs, der Inhalt klar oder bei rascherer Entwicklung getrübt, bei der „Impétigo ordinaire" (d. h. der mit Ekzem sich vergesellschaftenden) ist der Inhalt der spitzen Vesikopusteln opalin. Am vierten Tage trocknet die Pustel zu einer gelblichen oder bräunlichen Kruste ein, während die Ekthymapustel an diesem Tage erst ihre Höhe erreicht; auch hinterläſst die Impetigo nie Narben wie letztere. VIDAL schlieſst mit folgendem wichtigen Satze: La possibilité de reproduire l'impétigo par l'inoculation en fait une lésion type, une affection générique de la peau, comme l'enseigne M. BAZIN. C'est un argument en mon sens irréfutable pour distinguer l'impétigo de

l'ekzéma, bien que ces deux formes se rencontrent si fréquemment sur le même sujet, dans le mêmes régions et combinées en quelque sorte l'une avec l'autre.

So wichtig diese Inokulationsversuche von einem so ausgezeichneten Beobachter wie VIDAL sind und so richtig der eben angeführte Schlufs erscheint, so mufs doch darauf aufmerksam gemacht werden, dafs VIDAL, indem er von seiner Impétigo ordinaire mit Erfolg impfte, wahrscheinlich unbewufst erfolgreiche Ekzemimpfungen ausgeführt hat, obwohl er an einer anderen Stelle das Ekzem für nicht okulabel erklärt. Keinesfalls ist, nach dem Impfresultat zu schliefsen, seine „Impétigo ordinaire" unsere jetzige, d. h. BOCKHARTsche Impetigo staphylogenes, obwohl sie isoliert und im Zusammenhang mit Ekzem vorkommt.

In den darauffolgenden Jahren ruhte die Impetigofrage, bis 1880 UNNAS Artikel über die Impetigo im AUSPITZschen *Archiv* erschien, über welchen an dieser Stelle etwas ausführlicher berichtet werden mufs, da der Autor die in demselben niedergelegten Anschauungen nicht alle mehr teilt. UNNA stellt sich, was das Klinische betrifft, vollkommen auf den Standpunkt von TILBURY FOX, indem er die Eigenart der Krankheit, ihre Grundverschiedenheit vom Ekzem betont und für ihre Kontagiosität zweifellose Belege mitteilt. Auch die klinischen Symptome sah er im wesentlichen so an wie TILBURY FOX; neu ist das Vorkommen der Bläschen auf der Mundschleimhaut und das häufige Vorhandensein auf dem Handrücken, was wahrscheinlich auf Traumen und Kratzeffekte zurückzuführen ist, da die meist quer gestellten Blasen dieser Region auch sich durch eine papulöse Erhebung des Grundes von den Blasen des Gesichtes unterscheiden. Neu ist ferner die Beobachtung eines primären Vorstadiums in Form grauer oder rötlichgrauer schilfernder Flecke. Soweit der Autor die damaligen Fälle in Erinnerung hat, waren es sämtlich Fälle von Impetigo vulgaris. Hierfür sprechen von den damaligen Angaben vor allem: die Beschränkung auf Gesicht und Hände, dann auf alle blofs getragenen Körperstellen, endlich auf den Kopf und einzelne durch die kratzenden Finger zu erreichenden Hautstellen, sodann das rasche Aufschiefsen und rasche Verborken der serösen Blasen, die rote, glänzende, schlüpfrige Beschaffenheit des Blasengrundes, die Abheilung mit geröteten Stellen, ohne Narben, oder mit leicht papulösen Erhebungen an Hand und Fufs, das vorzugsweise Befallenwerden der kleinen Kinder aus der armen Bevölkerung in Form von Gruppen- oder Familienerkrankung, das hartnäckige Recidivieren unter schlechten hygienischen Verhältnissen. Gegenüber dieser ungemein grofsen Übereinstimmung scheint es mir von geringem Belang, dafs die Angaben über die Gröfse der Blasen nicht mit den heute genauer beobachteten Daten hierüber stimmen. Es mufs jedem

Beobachter auffallen, daſs bei dieser Affektion kein rechtes Verhältnis besteht zwischen den groſsen, meist zirkelrunden Borken und den wenigen kleinen Bläschen, die man zu Gesicht bekommt. Wenn Unna damals Blasen von der Gröſse eines silbernen Zwanzig- oder Fünfzigpfennigstückes beschrieb, so hielt er sich wahrscheinlich dabei an die Gröſse der Borken und die Angaben der Mütter, daſs den Borken Blasen vorhergingen, da er ausdrücklich hervorhebt, daſs die Blasen rasch platzten oder zerstört wurden und der Beginn nur selten zur Beobachtung kam. Inzwischen ist die Art und Weise, wie kleine Bläschen zu gröſseren Borken führen, durch unsere Unterscheidung von primären und sekundären Bläschen aufgeklärt worden (s. unter Klinik und Histologie). Die Borken wachsen übrigens konzentrisch noch weiter und zwar um so mehr, je öfter sie künstlich mechanisch entfernt werden, was unabsichtlich von den Kindern oder absichtlich zum Zwecke der Reinigung von den Müttern häufig besorgt wird. Die abgerissene Borke nimmt einen kleinen Randsaum intakter Hornschicht von der Umgebung mit und die auf diese Weise konzentrisch vergröſserte Erosion läſst natürlich sofort eine um so viel gröſsere seröse oder leukoseröse Borke entstehen. Auf diese Weise erklärt es sich denn auch leicht, daſs die gröſsten Borken den länger bestehenden, resp. länger unbehandelt gebliebenen Fällen zukommen, während bei den zweckmäſsig zur Eintrocknung gebrachten nicht bloſs die Bläschen, sondern auch die Borken klein bleiben.

Auch die damalige Beobachtung feinschilfernder Flecke vor dem Aufschieſsen der Blase hat die neuere, genauere Beobachtung nicht verifiziert. Wahrscheinlich hat sich Unna damals durch Koincidenz seborrhoischer Flecke des Gesichtes (Pityriasis alba) täuschen lassen. Der Beginn des Bläschens ist spontan und nach künstlicher Einimpfung ein rotes Stippchen, nichts weiter.

Wenn mithin die damalige Hamburger Epidemie, nach rein klinischen Gründen zu urteilen, wohl sicher eine solche von Impetigo vulgaris war, so liegt ein offenbarer Widerspruch hierin mit dem Endergebnis, zu welchem der Autor damals auf Grund seiner kritischen Erörterung kam, nämlich ein Widerspruch mit dem Schlusse, daſs gerade diese Affektion es ratsam erscheinen lasse, den Namen Impetigo überhaupt fallen zu lassen. Deshalb sei hier noch darüber eine kurze Bemerkung gestattet.

Unna war nämlich im Jahre 1880 noch ganz in den Anschauungen der Wiener Schule befangen. F. Hebra hatte bekanntlich nur bei der Impetigo herpetiformis den Namen Impetigo gelassen, möglicherweise da hier die Eiterblasen primär aufschieſsen, ein Vorgang, den Hebra Erasmus Wilson gegenüber für die Eiterblasen im allgemeinen nicht zugab; im übrigen wurde Impetigo als gleichwertig mit Pustel oder Eiterblase betrachtet, d. h. als eine eiterige Form oder ein eiteriges Stadium

jeder beliebigen Dermatose. Die Impetigo contagiosa TILBURY FOX findet in der HEBRAschen Lehre noch keine Stelle, und falls HEBRA sie, wie später KAPOSI, als Krankheit sui generis anerkannt hätte, würde er sie wohl konsequenterweise nicht als eine Impetigo haben gelten lassen, da dieselbe nicht als primäre Eiterblase auftritt. Diesen Schritt that UNNA in seiner Arbeit. Er mufste mit TILBURY FOX die Impetigo contagiosa als eine eigenartige, vom Ekzem verschiedene Krankheit anerkennen, hielt aber den Namen Impetigo für dieselbe verfehlt, da er sich gerade zu zeigen bemühte, dafs dieselbe eine seröse oder serös-eiterige Affektion sei, jedenfalls nicht primäre Eiterblasen zeitige und daher mehr den Pemphigusblasen[1] ähnlich sei.

Auf dem damaligen Stande des Wissens war der Wunsch, den Namen Impetigo ganz zu streichen, da man an einer scharfen Definition verzweifelte, berechtigt. Ganz anders lagen die Dinge, als BOCKHART später die künstliche Erzeugung einer Impetigo-Art durch Einimpfung von Staphylokokken lehrte, und es war dann gerade UNNA vorbehalten, auf dieser Grundlage durch klinische und histologische Beobachtungen eine neue Definition von Impetigo aufzustellen, die neben BOCKHARTS Impetigo eine ganze Reihe neuer, vom Ekzem verschiedener Dermatosen umfafste.

Im Jahre 1881 machte R. CROCKER (*Lancet*, 21. Mai 1881) Untersuchungen über das Contagium der Impetigo contagiosa. Er fand Kokkenketten in der Flüssigkeit ungeborstener Bläschen, die Epithelzellen, aber nicht Leukocyten anhingen.

Zwei Jahre später brachte STELWAGON auf der Jahresversammlung der American Dermatological Association (1883) die Impetigo contagiosa zur Sprache. Merkwürdigerweise erklärte auch er noch, wie TILBURY FOX, dieselbe wohl für inokulabel, aber für eine nicht parasitäre, sondern eine konstitutionelle Hautkrankheit mit typischem Verlaufe. Die Lokalisation wird so geschildert, dafs die Annahme nahe liegt, STELWAGON habe unsere Impetigo vulgaris dabei im Auge gehabt; die Prädilektionsstellen seien Gesicht und Hände von Kindern unter 10 Jahren, gelegentlich werde der behaarte Kopf und die Extremitäten, selten der Rumpf befallen. Auch stimmt es mit dieser Annahme überein, dafs der Autor die Efflorescenzen als kleine Bläschen oder Pusteln beginnen und sich peripherisch vergröfsern läfst. Dagegen widerspricht es dieser Auffassung, dafs die Blasen eine Neigung zur Dellenbildung haben, dagegen keine

---

[1] UNNA betrachtete damals noch fälschlich, auf die spontane, rasche Überhornung der geplatzten Pemphigusblasen gestützt, die letzteren für oberflächlich sitzende Hornsichtabhebungen. Die späteren histologischen Untersuchungen haben gerade umgekehrt gelehrt, dafs die Impetigines im allgemeinen oberflächlicher im Epithel sitzen als die fast das ganze Deckepithel abhebenden Pemphigusblasen.

Neigung zur Ruptur der Blasendecke zeigen, oder mit anderen Worten, pockenähnliche, dickschalige Blasen darstellen sollen. Auch findet STELWAGON, daſs sie dünne, körnige Krusten bilden, während gerade die Dicke der Krusten ein auffallendes Symptom der Impetigo vulgaris ist. Die letztgenannten STELWAGONschen Symptome würden weit eher auf die Impetigo circinata passen als auf die Impetigo vulgaris.

Im selben Jahre erschien das Lehrbuch der Hautkrankheiten im Kindesalter von BOHN (GERHARDTS *Handbuch der Kinderkrankheiten*, Tübingen 1883), welches der Impetigo ein kurzes Kapitel widmet, dieselbe aber als eine besondere klinische Gruppe dem Ekzem unterordnet, womit er der Wiener Schule (KAPOSI) folgt. Charakteristisch für diese Denkart ist der Satz: „Die klinische Existenz dieser besonderen Gruppe läſst sich so wenig anfechten, wie ihre Zulässigkeit zum Ekzem vollauf gesichert ist.“

Die nun folgende Beschreibung stimmt in keiner Weise zu unserer Impetigo vulgaris und ebensowenig zu TILBURY FOX' Impetigo contagiosa. Die Efflorescenzen sollen sofort als groſse, gewölbte oder gedellte Eiterblasen entstehen, blitzartig rasch auffahren und sich dann nicht erheblich vergröſsern, tagelang unverändert bestehen, sich nach dem Entleeren wieder füllen und langsam zu Krusten eintrocknen, am meisten auf den Extremitäten und zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr auftreten.

Kein einziges dieser Symptome paſst auf die Impetigo vulgaris, dagegen unterliegt es keinem Zweifel, daſs BOHN bei dieser Beschreibung im guten Glauben, sich an WILLAN anzuschlieſsen, die später von BOCKHART zuerst genau studierte Impetigo staphylogenes vor sich hatte, die viel weniger eine Kinderkrankheit genannt zu werden verdient als die Impetigo vulgaris, deren Besonderheit auffallenderweise BOHN entgangen zu sein scheint.

Wiederum zwei Jahre später ereignete sich die bekannte Impetigoepidemie auf Rügen, welche von EICHSTEDT in einem kurzen, aber vortrefflichen Artikel beschrieben und als Impetigo contagiosa FOX gedeutet wurde. Es entstanden in den 76 Fällen von 79 geimpften Kindern die ersten Bläschen in der Nachbarschaft der Impfstelle, und wohl im Zusammenhange damit sah EICHSTEDT auch mit auffallender Häufigkeit sich die Efflorescenzen an bedeckt getragenen Körperteilen, besonders Streckseiten der Extremitäten und Rücken verbreiten. Aber es wird doch mit Entschiedenheit betont, daſs die weitere Ausbreitung sich mit Vorliebe auf das Gesicht, namentlich Kinn, Umgebung des Mundes, ferner auf Backen, Nase, hin und wieder Schläfe und Stirn, besonders häufig Nacken und Ohren, auch nicht selten den behaarten Kopf erstreckte. Die Efflorescenzen wurden beschrieben als „kleine Bläschen, die sich

rasch vergröfserten zu erbsengrofsen Blasen", deren seröser, später eiteriger Inhalt zu dünnen Borken eintrocknete. Bei ungestörtem Verlaufe fielen die Borken ab und hinterliefsen einen intensiv roten Fleck, der nicht abschuppte und nach einigen Wochen spurlos verschwand. Häufig war der Inhalt der Blasen mehr eiterig, die Borke dicker und der Grund etwas infiltriert. Der Verlauf ist im ganzen fieberlos, ohne Jucken und Schmerzen. „Bei irgend stärkerer Affektion des Gesichtes waren immer einige Lymphdrüsen in der Sublingualgegend angeschwollen." Die Drüsenschwellung verschwand stets bald nach der Abheilung. Die Krankheit dauerte oft durch wiederholt auftretende Nachschübe 3 Monate lang. Die Krankheit stellte sich als sehr kontagiös heraus und ergriff in allen Familien vorzugsweise die Kinder; bei Erwachsenen war auch die Ausbreitung stets geringer als bei den Kindern. Enge der Wohnungen und Unreinlichkeit verschlimmerten das Krankheitsbild. EICHSTEDT erklärte das Kontagium mit aller Bestimmtheit als ein fixes, da Übertragungen nur durch innigen Kontakt stattfanden.

Wir finden hier die meisten Symptome der Impetigo vulgaris so deutlich geschildert, dafs trotz des besonderen Ausgangspunktes von der Impfstelle am Arm und der epidemischen Verbreitung in diesem Falle und andererseits trotz des mangelnden Nachweises eines und desselben Infektionsträgers, wir die Rügensche Massenerkrankung doch direkt neben die Impetigo vulgaris zu stellen alle Ursache haben. Man könnte sehr wohl daran denken, dafs der Coccus der Impetigo vulgaris bei seiner plötzlichen Überimpfung auf 76 Impflinge eine besonders grofse Virulenz entwickelt oder auf irgend eine Weise vorher gewonnen habe. Der gewifs seltene Umstand einer solchen Massenübertragung des Impetigokeimes würde auch zwanglos die für eine Impetigo vulgaris aufsergewöhnlich rasche Ausbreitung der Erkrankung in so vielen Familien genügend erklären. Ein sicheres Urteil wird man über die Rügener Epidemie aber erst nach Entscheidung der anderen Frage gewinnen, ob die auch sonst sporadisch sich an Vaccination anschliefsenden Fälle von impetiginöser Erkrankung zu unserer Impetigo vulgaris gehören oder eine davon etwas verschiedene Impetigoform darstellen, und diese Frage wird wohl bald mit Sicherheit auf Grund von neuen Züchtungsversuchen zu beantworten sein. Solche sind damals nur von POGGE in Stralsund (Zur Pathogenese der Wittower Hautkrankheit, *Deutsche med. Wochenschr.* 1885, S. 855) angestellt oder wenigstens publiziert. — POGGE fand in dem an sterilen Hölzchen angetrockneten Sekret von Bläscheninhalt lediglich eine Art von Kokken, welche auf der Gelatineplatte kreisrunde oder ovale, mit der Zeit bräunlich bis dunkelbraun erscheinende Kolonien, auf der Kartoffel nach drei Tagen einen bräunlich gefärbten Überzug erzeugten; im Gelatinestich gingen sie erst nach drei bis vier Tagen an und verflüssigten dann nur mäfsig, sodafs sich eine

etwa 1 cm nach abwärts reichende, zuerst cylindrische. helle, später trichterförmig geschweifte, mit verflüssigter Gelatine gefüllte Vertiefung bildete, die POGGE mit einem Kelchglas ohne Fuſs vergleicht. Im hängenden Bouillontropfen fand er auch kurze Ketten.

Nach dieser Schilderung hat POGGE keinesfalls den Staphylococcus aureus et albus vor sich gehabt, welcher die Gelatine viel energischer verflüssigt. Hierfür spricht auch, daſs er bei verschiedenen Impfungen mit den Kulturen per Schnitt auf dem Arm des Erwachsenen keine Eiterblasen und Furunkel erzeugte, sondern strichförmige, später sich verbreitende Rötungen, auf denen am ersten Tage Bläschen aufschossen, die sodann eintrockneten.

Bald nach dem Erlöschen der Rügener Epidemie machte GÉRONNE (Epidemie von Impetigo contagiosa in den Kreisen Cleve und Mühlheim am Rhein, *Deutsche med. Wochenschr.* 1886, S. 526) Mitteilung über eine gegen 1000 Fälle betreffende Epidemie. Den Ausschlag beschreibt er folgendermaſsen: Zuerst entstand ein kupfer- oder braunrötlicher Fleck von verschiedener Form und Gröſse, auf demselben sodann in drei bis fünf Tagen Blasen mit wässerig-trübem, zuletzt eiterig werdendem Inhalt, die fünf bis acht Tage andauerten. Wenn diese letzte Angabe nicht gerade dem Verhalten unserer früher verkrustenden Impetigo vulgaris entspricht, so erinnert an dieselbe doch unwillkürlich folgender Passus: „Bei einigen Kindern zeigte sich mehr eine Borken- als Blasenbildung." Nach dem Platzen oder Zerkratzen fand stets erneuerte Bildung von Borken statt, nach deren Abfall ein bläulich-roter Fleck noch lange den Sitz der Efflorescenz verriet. Auf diesen soll häufig eine austernschalenartige Abschuppung platzgegriffen haben. Die Topographie, die gutartige Lymphdrüsenschwellung, das gute Allgemeinbefinden entsprechen sonst dem Verhalten der Impetigo vulgaris. Jene Abschuppung deutet vielleicht auf die Einstreuung von Impetigo circinata-Fällen hin. Ein abschlieſsendes Urteil ist auch über diese Epidemie nicht abzugeben.

Gleichzeitig machte DEWÉVRE (Kontagion und parasitäre Natur der Impetigo, *Archive de méd. et pharm. milit.* 1885, 16. Sept.) eine groſse Reihe von Impfversuchen mit dem Pustelinhalt, mit getrockneten, pulverisierten Krusten, dem Eiter unterhalb der Krusten, Material von abgekratztem Blasengrund von Impetigoefflorescenzen, mitunter mit positivem Erfolge. Am sichersten schlug die Inokulation beim Verimpfen des Materials vom Blasengrunde an. Es ist wahrscheinlich, aber nicht sicher erweisbar, daſs DEWÉVRE Fälle von unserer Impetigo vulgaris zu seinen Versuchen gebrauchte. Jedenfalls wird dieselbe in einem Teil seiner Fälle vorgelegen haben; möglicherweise wurden aber auch Ekzemkrusten zu diesen Experimenten mitverwandt. Derselbe Autor publizierte dann noch acht Jahre später eine Mitteilung (Läuse und Impetigo,

Annales de derm. et syphil. 1893, S. 462), nach welcher es ihm gelang, durch Läuse von impetiginösen Kinderköpfen die Impetigo auf andere Kinder zu übertragen, weshalb er mutmaſst, daſs sich die Läuse mit den Keimen der Impetigo beladen.

Es folgt nun die in der ganzen Impetigofrage, wie überhaupt in der neueren Dermatologie Epoche machende Arbeit von BOCKHART über die Ätiologie und Therapie der Impetigo, des Furunkels und der Sykosis. BOCKHART steht auf den Schultern von R. KOCH und dessen Nachfolgern ROSENBACH, GARRÈ und PASSET. Sein Verdienst ist nur die Anwendung der neu gewonnenen ätiologischen Hülfsmittel auf die spezielle dermatologische Frage, aber dieses Verdienst kann nicht leicht überschätzt werden. Bis dahin hatte der Machtspruch von F. HEBRA, Jahrzehnte fortwirkend, die Dermatologen geradezu verhindert, die von vorneherein rein eiterige, nie überhaupt in Ekzem übergehende, staphylogene Impetigo als eine besondere, von Ekzem verschiedene Krankheit zu erkennen. Selbst ERASMUS WILSON, der auf dem besten Wege dazu war, ordnete diese Affektion später dem Ekzem unter; ebenso BOHN, wie wir oben gesehen. Aber nicht das ist das Wesentliche der neuen Auffassung, die wir BOCKHART verdanken; er hätte die staphylogene Impetigo beschreiben und klinisch ihren Übergang in Furunkel und gewisse Sykosisformen entdecken können, ohne daſs diese That aus dem Rahmen des bisherigen Fortschrittes herausgetreten wäre. Das befreiende, absolut neue und daher vorbildliche derselben war der Umstand, daſs zum ersten Male der bloſs klinischen und leicht in die Irre führenden Betrachtungsweise gegenüber das naturwissenschaftliche Experiment auf diesem Felde einmal wieder in sein Recht gesetzt war. Diese Art der klinischen Arbeit war seit den Tagen, wo die Scabies vom Ekzem getrennt und die Fadenpilzerkrankungen der Haut entdeckt wurden, ziemlich in Vergessenheit geraten. Mit BOCKHARTS Arbeit beginnt die KOCHsche Ära der Pathologie in die Dermatologie einzuziehen, um aus derselben nicht wieder zu verschwinden; von jetzt an hat sich jede klinische Behauptung auch vor dem Forum der Ätiologie und experimentellen Pathologie zu rechtfertigen.

Mit unserer Impetigo vulgaris hat die BOCKHARTsche Impetigo staphylogenes absolut nichts zu thun. In dem Aufsatze über die: „Impetigo BOCKHART“, der durch Eiterkokken verursachte Oberhautabsceſs (*Berlin. Klinik.* 1892. Heft 46), den wir, da er sich auch durchaus nicht mit der Impetigo vulgaris beschäftigt, hier gleich anmerkungsweise erledigen können, schlieſst UNNA seine Auseinandersetzungen bereits mit dem Hinweise, daſs voraussichtlich der Begriff der Impetigo, der erst durch BOCKHART eine feste Gestalt gewonnen, zu einem Gattungsbegriff erweitert werden müsse, der alle Oberhautabscesse von derselben Art und Entstehungsweise umfasse.

Später hat dann in der That Unna den Begriff der Impetigo sogar auf alle durch dieselbe Struktur und Genesis ausgezeichneten und nicht bloſs eiterigen Bläschenerkrankungen der Haut ausgedehnt.

Auf die Arbeit von Bockhart konnte sich der nächste Autor über die Ätiologie der Impetigo, Bousquet (*Contribution à l'étude de l'étiologie de l'impétigo.* Thèse. Bordeaux, 1889), ein Schüler Dubreuilhs, bereits stützen. Da es ihm aber völlig entging, daſs Bockharts klinische Beschreibung sich auf die staphylogene Impetigo (Bohn, Bockhart) bezieht, während er selbst im Anschluſs an die älteren englischen und französischen Autoren, speziell Devergie, Tilbury Fox und Vidal ein der Impetigo vulgaris entsprechendes klinisches Bild vor Augen hatte, so nahm er auch gar keinen Anstoſs, die Bockhartsche Schilderung der histologischen Verhältnisse aus Mangel an eigenem Schnittmaterial in sein Krankheitsbild der Impetigo einzufügen, und bewirkte auf diese Weise eine für die Zukunft unheilvolle Verwirrung. Seine an und für sich guten Beobachtungen an Fällen, welche fast durchweg dem Typus der Impetigo vulgaris entsprechen, führen durch diese falsche Annahme einer Übereinstimmung zwischen den eigenen und Bockharts Untersuchungen sämtlich zu verfehlten Schluſsfolgerungen. So sieht er konstant eine Art von Kokken in den Bläschen seiner Impetigo, die häufig in kleinen Ketten vorkommen, die Gelatine nicht verflüssigen, auf Agar wachsweiſse, sich in Zonen ausbreitende, im Centrum deprimierte und am Rande erhabene Kolonien bilden und mithin grundverschieden von dem Staphylococcus aureus und albus sind; gerade diesen Kokken spricht Bousquet jede ätiologische Beziehung ab. Ja, in zwei Fällen, wo er diesen Coccus allein fand, ohne Beisein des Staphylococcus aureus et albus, fühlt er sich zur Aufstellung der etwas kühnen Hülfshypothese gedrungen, daſs die letzteren wohl vorhanden gewesen, aber durch Leukocyten zerstört worden seien. So sicher steht für Bousquet die Thatsache fest, daſs nur die Staphylococci aurei et albi es sind, welche seine Impetigo erzeugen, daſs selbst der Erfolg seiner eigenen Impfung mit dem letztgenannten Organismus ihn nicht stutzig macht, obwohl er dabei reine primäre Eiterpusteln gewann, die steil aus der Haut aufstiegen und erst nach vier Tagen ohne für Impetigo vulgaris charakteristische Krusten eintrockneten. So bleibt als das allein für unsere Frage wichtige Resultat von Bousquet, daſs die Impetigo der englischen und französischen Schule (Devergie, Tilbury Fox, Vidal) in der That ansteckend, inokulabel und durch Kokken erzeugt ist, wonach die früheren Angaben über Sporen und Mycelien bei dieser Krankheit, die von Kohn (Kaposi), Piffard, Lang und Geber in den Krusten, von Dewèvre in dem abgeschabten Grunde der Bläschen gefunden waren, zu berichtigen seien.

Dubreuilh stützt sich in seiner sehr bemerkenswerten Arbeit: De la

nature de l'impétigo et de l'ekzème impétigineux (*Annal. de Dermatolog.* 1890. S. 289) auf die Züchtungs- und Impfversuche seines Schülers Bousquet, und es herrscht daher hier dieselbe folgenschwere Verwechslung von der Impetigo: Devergie-Fox-Vidal mit der Impetigo Bockhart. Aber dieser Irrtum haftet nur an den ätiologischen Schlußfolgerungen und die daraufhin gewählte Nomenklatur. Das Klinische in dieser Arbeit ist geradezu musterhaft und kann für sich leicht aus derselben isoliert werden. Dubreuilh bewährte sich auch hier als ein viel zu guter Kliniker, um die fundamentalen Unterschiede beider Impetigoarten nicht zu sehen; ja, er betont dieselben sogar, glaubt es aber seiner nun einmal gewonnenen ätiologischen Grundanschauung, daß alle Impetigoarten durch dieselben und zwar verschiedenartigen Eiterkokken erzeugt würden, schuldig zu sein, diese ihm wohlbekannten Differenzen durch Unterschiede des Terrains zu erklären.

Dubreuilh findet seine Impetigo unter 65 Fällen im Gesicht 56 mal, viel seltener am Rumpfe und an den Extremitäten; sie besteht aus dünnhäutigen, rasch sich vergrößernden, gelb-grau gefärbten, zuerst serösen, später eiterigen oder auch gleich rein eiterigen Bläschen, mit oder ohne hyperämische Randzone, an deren Stelle dicke, rasch sich vergrößernde, ungleiche, honiggelbe, brüchige, wenig adhärente Krusten im Laufe von 3—4 Tagen treten, um nach 10 Tagen spontan abzufallen. Vom impetiginösen Ekzem unterscheidet sie sich durch das Zerstreutsein der Efflorescenzen, den akuten Verlauf derselben, das geringe oder fehlende Jucken, die geringe Hartnäckigkeit gegenüber der Behandlung und das Fehlen sonstiger Ekzemerscheinungen. Hierin erkennen wir die Hauptzüge der Impetigo Devergie-Fox-Vidal, respective unserer Impetigo vulgaris wieder, wenn auch für letztere einige minder wichtige Einzelheiten nicht ganz stimmen. Dahin rechne ich die Beschreibung der Dellenbildung nach Tilbury Fox, die Art, wie die Kruste — inmitten eines bläschenförmigen Randwalles — aus den Bläschen entstehen soll. Sehr wichtig ist die Beobachtung Dubreuilhs, daß die Bläschen am Körper meist eine stärkere Randröte und derbere Infiltration der Cutis zeigen und daß zuweilen sich solche der Mundschleimhaut und Conjunctiva hinzugesellen (Fox, Duhring, Comby).

Seinem klinischen Scharfblick entgeht es auch nicht, daß die an Erwachsenen mit Reinkulturen erzeugten Eiterbläschen (Bockhart, Bousquet) sich wesentlich von den spontanen Impetigines der Kinder unterscheiden: sie sind zahlreicher, klein, schießen rascher auf, zeigen keine solche Neigung zu sekundärer Vergrößerung, sind von vornherein rein eiterig und liefern dünnere, kleine Krusten. Aber diese Grunddifferenzen machen Dubreuilh nicht stutzig; er sucht die Abweichungen des Habitus

der bei Kindern vorkommenden Impetigines durch die Feinheit ihrer Haut, die Häufigkeit der Pediculi bei ihnen, die gröſsere Leichtigkeit der Übertragung durch Liebkosen, Spielen und Balgen zu erklären. Er ist fest überzeugt, daſs BOCKHART dieselbe Impetigo vor sich gehabt habe wie er selbst und BOUSQUET und kommt daher naturgemäſs zu dem irrtümlichen Schlusse: „En résumé l'impétigo me parait être une entité „morbide parfaitement déterminée au point de vue clinique par sa pustule „superficielle, contenant un pus visqueux, qui se dessèche en croutes épaisses „et multiformes, ainsi par sa contagiosité; en revanche il n'a aucune „spécificité étiologique, étant du simplement à l'inoculation, dans „certaines conditions des microbes pyogènes d'origine quelconque."

Diese Schluſsfolgerung einer klinischen, bedeutenden Divergenz an demselben Organ desselben Wesens (Oberhaut des Menschen) trotz ätiologischer Identität klingt heute, acht Jahre später, in der Zeit einer geklärteren, parasitologisch-klinischen Anschauung unfaſslich und ich glaube auch, daſs DUBREUILH, speziell nach den Studien eines SABOURAUD über Trichophytie, heute noch kaum diesen Satz aufrecht zu erhalten geneigt ist.

DUBREUILH fährt dann fort: „De plus il n'ya pas à distinguer l'impétigo „contagiosa comme forme spéciale; il n'y a qu' une impétigo, l'impétigo „vulgaire qui est contagieuse." Er kommt mithin auf der Basis ganz verschiedener Prämissen zu einer ähnlichen Schluſsfolgerung wie wir; er verwirft den Ausdruck Impetigo contagiosa, weil jede Impetigo kontagiös sei, und schlägt dafür den Namen Impétigo vulgaire vor. So auch wir. Wir kennen aber eine groſse Anzahl durch verschiedene Organismen hervorgerufener Arten von Impetigines und nennen daher nur die gewöhnlichste, in allen Groſsstädten endemisch vorkommende Form derselben: Impetigo vulgaris.

Folgenschwerer noch als diese irrtümliche Auffassung der Impetigo vulgaris als einer durch alle möglichen Eiterorganismen erzeugten Dermatose ist die daraufhin gestützte Anschauung DUBREUILHS über die übrigen eiterigen Erkrankungen der Haut. Konsequenterweise nämlich nimmt er an, daſs auch in den Krankheitsbildern des Ekthyma, der Scabies pustulosa und des Furunkels ätiologisch immer derselbe Krankheitsprozeſs sich abspiele. Er findet klinisch alle Übergänge zwischen der Impetigo der oberen Körperhälfte und dem Ekthyma der Unterextremitäten, wird damit aber wohl kaum die klinische Grunddifferenz zwischen einer Hautkrankheit, die nie Narben, und einer solchen, die stets und überall Narben hinterläſst, überbrücken können. Bei der Scabies pustulosa findet er groſse, nicht schleimige, sondern rein eiterige, stets vorspringende Blasen ohne jede Neigung zur Vertrocknung — „en somme une lésion très différente de la pustule impétigineuse." Trotzdem soll hier eine Impetigo vulgaris vorliegen, modifiziert durch eine dickere Oberhaut. Auch der Furunkel

soll — in mißverstandener Anlehnung an Bockhart — auf dieselben Keime wie die Impetigo vulgaris zurückzuführen sein und durch tiefere Einimpfung derselben entstehen; dabei übersieht Dubreuilh die fundamentale Thatsache, daß die Impetigo vulgaris der Kinder nie — wie die Impetigo Bockhart fast stets — zu Furunkeln Anlaß giebt. Endlich ist für ihn das Eccema impetiginosum ein Ekzem + Impetigo vulgaris. Diese Koincidenz ist ja a priori möglich, muß aber heutzutage durch den Nachweis beider typischen Bläschenarten mit ihren eigentümlichen Keimen erst im Einzelfalle nachgewiesen werden, da auch das Ekzem ähnliche Bläschen und Krusten hervorbringt wie die Impetigo vulgaris.

Nach diesen Anschauungen ist auch selbstverständlich, daß Dubreuilh für seine Impetigo vulgaris in ätiologischer Beziehung dieselben fördernden, äußeren Umstände heranzieht, die für die durch den Staphylococcus aureus et albus hervorgerufenen Erkrankungen durch viele Untersuchungen aufgefunden sind, so die äußerst populäre, wenn auch durchaus nicht einwandsfrei bewiesene Ubiquität dieser Staphylokokken (im Nagelschmutz etc.) auf der Oberfläche der gesunden Haut.

Leloir in verschiedenen Aufsätzen über „Pyodermites“ (*Journ. des mal. cut. et syph.*, 1890, *Monatshefte f. pr. Dermatol.*, 1891, Bd. 13, S. 12) steht auf demselben Boden wie Bousquet und Dubreuilh. Er hat seit 1884, wie so manche Autoren vor ihm, die Impetigoefflorescenzen auf den Träger und andere Individuen verimpft und größtenteils mit positivem Erfolge. Es ist jedoch durchaus nicht sicher, welche Arten von Impetigo zu diesen Infektionsversuchen dienten. Sicher werden wohl auch Fälle von Impetigo vulgaris darunter gewesen sein, wenn auch Leloir behauptet, nur den Staphylococcus aureus et albus aus denselben rein gezüchtet zu haben. In Summe geht aus seinen Versuchen nur wieder die sehr bekannte Thatsache hervor, daß alle Impetigoarten inokulabel sind.

Dieselbe wurde für die Impetigo der Kinder, also wahrscheinlich auch für unsere Impetigo vulgaris noch einmal in zahlreichen Versuchen bestätigt durch Leroux (Impetigo der Kinder, eine kontagiöse, inokulable, mikrobiäre Affektion. *Acad. de méd. de Paris.* 25. Okt. 1892). Unter 120 Impfungen fielen 79 positiv aus, und zwar waren die erzeugten Pusteln bis zur sechsten Serie fortimpfbar. Alte Pusteln gaben weniger gute Resultate als frische. Leroux fand den Staphylococcus albus, aureus und citreus, selten Streptokokken. Seine „Staphylokokken“ verflüssigten die Gelatine nicht. Seine „Streptokokken“, in Bouillon aufgeschwemmt, ergaben unter 15 Impfungen 4 mal Blasen und Krusten, welche dieselben Streptokokken enthielten. Leroux ist daher der Ansicht, daß der spezifische Organismus der Impetigo der Kinder ein besonderer „Streptococcus der Impetigo“ sei.

Wickham hinwiederum (Impetigo contagiosa, *Union médic.* 1892)

ebenso wie vor ihm DUPRAY (*Considération sur l'impétigo.* Thèse. Paris 1891) halten banale Staphylokokken für die Erreger der Impetigo der Kinder. Allerdings gelang es WICKHAM nicht, eine typische Impetigo vom Charakter der Impetigo vulgaris durch Einimpfung von Staphylokokken zu erhalten, aufser in einem Falle von Impetigo. Jedoch steht er nicht an, die Staphylokokken für die wahre Ursache dieser Erkrankung zu erklären, wobei er den dann allerdings gerechtfertigten Schlufs zieht, dafs dieselbe nicht als selbständige Krankheit anzusehen sei, sondern als eine der vielen Formen der „Staphylokokkie".

Diese französischen Arbeiten, durch welche wenigstens die parasitäre Natur und die klinische Selbständigkeit der Impetigines sicher gestellt war, finden ihren klassischen Ausdruck in dem Lehrbuche von BROCQ, dessen Definition von Impetigo wir deshalb hier ausführlich wiedergeben wollen. Die Eruption beginnt nach ihm mit kleinen, erythematösen Flecken, welche sich rasch bis zur Erbsengröfse ausbreiten. Ihre Form ist unregelmäfsig, oftmals erhaben und zu einem roten Fleck (nappe rouge) zusammenfliefsend. Fast gleichzeitig erscheinen bereits gelbliche Vesikopusteln, die rasch die Gröfse eines Stecknadelkopfes oder einer Erbse erreichen, selten noch gröfser werden und häufig konfluieren. Die Dellenbildung, die nach TILBURY FOX solche Blasen zeigen, welche Hanfkorngröfse erreichen, existiert nach BROCQ in Wirklichkeit nicht; der Anschein entsteht durch eine centrale Krustenbildung. Meistens platzen die Blasen aber rasch, und das aussickernde Sekret vertrocknet zu dicken, gelblichen, oft etwas grüngelblichen, meist aber goldgelben, gerstenzuckerähnlichen, mehr oder weniger feuchten, mürben Borken. Durch nachsickerndes Sekret vergröfsern sich die Borken beständig, nach dem Abfall bilden sie sich wieder. Zuweilen zeigen sie eine entzündliche Randröte, die Haut ist geschwollen, ebenso die Drüsen. Die ganze Affektion zieht sich durch Nachschübe 10—30 Tage hin. Es verbleiben rote Flecke, die langsam abblassen. BROCQ glaubt, dafs auch die Impetigo contagiosa der englischen Autoren mit seiner „impétigo vrai" identisch sei, wenn auch die Blasen jener gröfser, weniger zerreifslich und mehr pemphigusähnlich beschrieben werden.

Im allgemeinen können wir die Beschreibung von BROCQ als eine für unsere Impetigo vulgaris passende bezeichnen. Wir halten es sogar für ein Verdienst von ihm, die sagenhafte Dellenbildung zurückgewiesen zu haben. Allerdings herrscht auch bei ihm in Betreff der schwierig zu beobachtenden Umbildung der Blase zur Kruste eine gewisse Dunkelheit, und das konstante Vorhergehen eines Erythems, wie es BROCQ beschreibt, finden wir bei unserer Impetigo vulgaris nicht. Natürlich können wir keiner Impetigo, also auch der BROCQschen nicht, das Beiwort „vrai" gönnen, da es eben sehr viele Arten von Impetigo giebt.

Brocq ist der letzte hervorragende Kliniker, welcher sich neuerdings mit Impetigo der Kinder beschäftigt hat. Es erübrigt nur noch zwei bakteriologische Arbeiten zu besprechen, welche nur in unwesentlichen Punkten auseinandergehen, in der Hauptsache aber darin übereinstimmen, daſs sie als Erreger der Impetigo einen Streptococcus mit groſser Sicherheit hinstellen, eine Idee, welcher Pogge und Leroux, wie wir gesehen haben, bereits Ausdruck verliehen haben. Eine sehr gewissenhafte Arbeit stammt von H. Kurth aus dem Reichsgesundheitsamt: Über das Vorkommen von Streptokokken bei Impetigo contagiosa (*Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt*, Bd. 8, S. 294, 1893). Wir müssen aber gleich von vornherein hervorheben, daſs das Material zu der Arbeit von Kurth nicht unserer Impetigo vulgaris endemica entnommen wurde, sondern einer in Mecklenburg 1891 vorgekommenen ausgedehnten Impetigoepidemie. Kurth erhielt aus den Bläschen abgezogene Lymphe zur Untersuchung und hatte selbst nicht Gelegenheit, die Erkrankung an Ort und Stelle zu studieren. Demgemäſs fehlt in seiner Arbeit auch eine Charakteristik des Exanthems, das sich nicht wesentlich von dem in früheren Epidemien beobachteten unterschieden haben soll. Daher sind die Resultate von Kurth, selbst wenn dieselben als absolut unanfechtbar hingestellt werden sollten, in keiner Weise für unser scharfgezeichnetes Krankheitsbild Impetigo vulgaris ausschlaggebend. Es liegt sogar der Gedanke, den wir übrigens keineswegs vertreten wollen, nahe genug, daſs der Punkt, welcher die epidemische, stark kontagiöse Impetigo von der Impetigo vulgaris unterscheidet, gerade mit dem Vorkommen von Streptokokken in irgend einem Zusammenhange stehe. Seinen Vorgängern gegenüber hatte Kurth den Vorteil, daſs er auſser Gelatine auch andere Nährböden und den Plattenguſs zur Isolierung der Bakterien verwenden konnte. In Bezug auf die von anderen Autoren beschuldigten gelben und weiſsen Eiterkokken bemerkt Kurth sehr richtig, daſs durch diese die Bockhartsche Impetigo[3] mit ihren rasch aufschieſsenden Eiterpusteln erzeugt würde, ein von der Impetigo der Kinder zu trennendes Krankheitsbild. Demgemäſs konstatierte Kurth im untersuchten Inhalt von 19 Pusteln nur 11 mal den Staphylococcus aureus neben einem Streptococcus, welch letzterer in den übrigen 8 Pusteln in Reinkultur vorkam; den ersteren Coccus hält er daher für einen häufigen Begleiter der Affektion, den letzteren für den wahren Erreger. Übrigens gelang es Kurth, diesen Streptococcus von fast allen sonstigen Streptococcusarten durch sein Verhalten gegenüber weiſsen Mäusen zu differenzieren. Die Injektion von etwa 1 cm Bodensatz einer eintägigen, schwach alkalischen Bouillonkultur tötete dieselben in

[3] Kurth schreibt Bockhart nach: Wilsons Impetigo. Dieses ist bekanntlich ein Irrtum. Die staphylogene Impetigo beschrieben zu haben, ist ganz allein das Verdienst Bockharts.

fünf (vier bis sechs) Tagen sicher unter Eiterung der Impfstelle, während Blut, Lymphdrüsen und sonstige Gewebe von Kokken freiblieben. Die Kurthschen Impetigo-Streptokokken gleichen im allgemeinen den Erysipelkokken, doch sind folgende Eigenschaften hervorzuheben. Die Ketten in der Bouillonkultur sind „auffallend wenig gliederig“ (10—40gliederig) und schweben teils in den ersten 48 Stunden in der Flüssigkeit, teils bilden sie einen reichlichen, flockigen Bodensatz, der sich bei stärkerem Umschütteln auflöst, um sich wieder abzusetzen. Letzterer bleibt durch einzelne überlebende Kokken vier Monate übertragbar; eine Erhitzung auf 60° tötet sie. Die Giftwirkung der Impetigo-Streptokokken nimmt im Gegensatze zu anderen Streptokokken in gewöhnlichen Bouillonkulturen ungemein rasch ab; dagegen gelang es Kurth, dieselben durch Züchtung auf einer Mischung von $^1/_3$ Hammelserum + $^2/_3$ Bouillon so vollvirulent zu machen, daſs sie nun auch wie andere Streptokokken in allen Organen der Mäuse nachzuweisen waren und die Tiere in zwei bis drei Tagen töteten. Diese vollvirulenten Impetigo-Streptokokken unterschieden sich in Bouillonkulturen von dem ebenso virulenten Streptococcus conglomeratus und einem Streptococcus der Pferdebrustseuche durch das auch hier fehlende feste Häutchen auf der Bouillonkultur. Der Verfasser läſst es dahingestellt sein, ob die gewöhnliche, „lokal wirkende“ Form des Impetigo-Streptococcus als eine „abgeschwächte“ bezeichnet werden kann, da sie ja von der kleinen Infektionsstelle aus den Tod der Mäuse ausnahmslos zur Folge hat. Endlich fand Kurth noch, daſs sein Impetigo-Streptococcus im Gegensatz zum Streptococcus conglomeratus auffallend viel Säure in Kulturen produziert. In der Hauptfrage, ob dieser Impetigo-Streptococcus die alleinige, wahre Ursache der epidemischen Impetigo sei, entscheidet sich Kurth nicht mit Bestimmtheit; er hält es für wahrscheinlich, läſst aber auch die Möglichkeit zu, daſs er nur ein konstanter und als solcher praktisch wichtiger Begleiter eines noch unbekannten Impetigoerregers (z. B. eines Protozoon) sei.

Brochet (Contribution à l'étude de la bactériologie de l'impétigo, Thèse de Genève 1896) ist der letzte Autor, welcher über die verursachenden Organismen der Impetigo gearbeitet hat. In Bezug auf das Klinische schlieſst er sich Brocq an und hat daher auch sicher wohl der Hauptsache nach Impetigo vulgaris-Fälle für seine Studien gebraucht. In 18 Fällen fand er 18mal Streptokokken und diese sogar in 11 Fällen rein als allein vorherrschenden Organismus; viel seltener stieſs er auf Staphylokokken und Bacillen, welche er als Verunreinigungen betrachtet. Er gewann die Kulturen vom Blasenboden nach Abhebung der Krusten. Auf Agar bildeten dieselben kleine, runde, opaline, später weiſsliche Tropfen; auf der Kartoffel war makroskopisch nichts sichtbar, nur auf einer alkalisch gemachten fand sich eine weiſsliche Kolonie. Die besten

Ketten zeigten die Kokken in Bouillon mit 1% Milchzucker; dieselben enthielten 20—100 Kokken, durchschnittlich 30—60, waren also vielgliederiger als die von KURTH gewonnenen. Der Streptococcus säuerte den Nährboden an, erwies sich als leicht färbbar und mittelst GRAMS Methode darstellbar. Impfungen mit Kulturen von nicht über 24 stündigem Bestande waren für Mäuse virulent, in geringerem Grade auch für Kaninchen. BROCHET konnte aber im Gegensatze zu KURTH im Blute der Mäuse, welche zwischen dem 1. und 14. Tage starben, die Streptokokken wieder nachweisen.

Diese merkwürdige Konstanz eines Organismus, die allen älteren Forschern aufser LEROUX und KURTH entgangen war, erklärt BROCHET zum Teil daraus, dafs diese nicht mit Bouillonkulturen gearbeitet hätten, in denen die Ketten allein eine gröfsere Länge annehmen. In den Krusten finden sich allerdings die Kokken in Haufen, aber diese seien nur scheinbar ungeordnete Haufen, in Wirklichkeit dicht zusammengedrängte kettenförmige Reihen (s. seine Figur 3). Sehr wichtig für die Deutung des Streptococcus von BROCHET ist die Thatsache, dafs er sich bei seinen Infektionsversuchen mit Mäusen selbst am rechten Ringfinger infizierte und eine fieberhafte Affektion mit Lymphangitis davontrug, bei welcher er aus dem Eiter der Wunde den Streptococcus in Reinkultur wieder erhielt. Allerdings schliefst hieraus BROCHET etwas übereilt, dafs jede Impetigo (vulgaris) zur Blutinfektion und Sepsis führen könne, und es macht durchaus keinen Eindruck auf ihn, dafs von solchen Allgemeininfektionen bei der gewöhnlichen Impetigo vulgaris der Kinder nie die Rede war, während dieses tiefere Eindringen der Kokken in den Organismus bekanntlich die Prärogative der echten, pyophoren Staphylokokken und Streptokokken ist. Für BROCHET bleibt, um die unschuldige Natur der Impetigo vulgaris zu retten, nur der Ausweg, ad hoc die Hypothese aufzustellen, dafs in dieser Affektion seine Streptokokken in abgeschwächter, weniger virulenter Form vorlägen. Für jeden, der — wie wir und andere — nur ausnahmsweise echte Streptokokken und nur in schon verunreinigten Krusten, besonders des behaarten Kopfes, gefunden hat, beweist sowohl die von ihm gefundene Virulenz für Mäuse, sowie die eigene Infektion nur, dafs der BROCHETsche Streptococcus mit der Impetigo vulgaris als solcher nichts zu thun habe.

Wer den Erreger dieser Krankheit sicher nachweisen will, mufs uns einen Organismus aufweisen, der nur eine umschriebene Oberhauterkrankung und beim Menschen keine Sepsis erzeugen kann; denn wir dürfen uns nicht von solchen klinischen Thatsachen emanzipieren wollen, welche für die betreffende Krankheit absolut charakteristisch sind. BROCHET glaubte der Mühe enthoben zu sein, mit seinem Impetigoerreger wieder das gesamte Krankheitsbild der Impetigo vulgaris zu erzeugen, da 1. LEROUX diese

Übertragung mit dessen Streptokokken mit positivem Erfolge gemacht habe und 2. die Übertragung immer die Gefahr der Allgemeininfektion mit sich bringe. — Brochet stützt sich in diesem zweiten Punkte ganz allein auf den Fall von Hulot, der natürlich gegenüber der nach vielen Tausenden rechnenden Erfahrung aller sonstigen Forscher und der Autoren, welche über die Epidemien von Impetigo contagiosa berichteten, nicht in Betracht kommt, zumal Hulot eine Scheidung zwischen staphylogener Impetigo und Impetigo vulgaris gar nicht vornahm.

Im Gegensatze zu Leroux und Daume einerseits und Kurth andererseits, welche ihre Streptokokken für verschieden vom Streptococcus pyogenes erklärten, hält Brochet seinen Streptococcus der Impetigo für identisch mit letzterem und nur für eine abgeschwächte Form desselben, aus welcher jeden Augenblick unter besonderen Bedingungen der vollvirulente Streptococcus pyogenes wieder hervorgehen könne. Angenommen einmal, eine solche Variabilität der Virulenz käme vor und läge den so ganz verschiedenen Krankheitsbildern zu Grunde, so ist wieder nicht zu verstehen, wie Brochet aufser der Konstanz und oftmaligen Reinheit, in welcher er seinen Streptococcus angetroffen hat, auch das als Beweis seiner ätiologischen Bedeutung für die Impetigo vulgaris ansehen kann, dafs er diesen Streptococcus niemals bei anderen Hautkrankheiten gefunden habe. Denn die zufällige Verunreinigung von Krusten des Ekzems und der Impetigo vulgaris mit dem echten Streptococcus pyogenes ist gar keine Seltenheit. Man sieht, wenn man solche Krusten schneidet, neben den andersartigen Kokkenhaufen (Staphylokokken, Morokokken, Kokken der Impetigo vulgaris) sehr gut in manchen Fällen die Streptokokken mit allen ihren typischen Eigenschaften auf einem und demselben Schnitte.

Der Haupteinwand gegen das Resultat von Brochet, dafs die Impetigo vulgaris durch den gewöhnlichen, bekannten Streptococcus pyogenes erzeugt sei, bleibt aber die Thatsache, dafs er die unschuldige Impetigo vulgaris damit nicht hervorgebracht hat, dagegen — was vorauszusehen war — mit seinem Streptococcus durch eine Wunde der eigenen Haut Sepsis erzeugte.

Die geschichtliche Betrachtung aller derjenigen Arbeiten, welche sich seit Anfang dieses Jahrhunderts mit den impetiginösen Erkrankungen der Haut beschäftigen, lehrt uns, dafs diejenige Form, welche wir als endemische Kinderkrankheit genauer beobachtet haben und unter dem Namen Impetigo vulgaris in dieser Arbeit zu beschreiben gedenken, bisher von keinem Autor in genau derselben Weise geschildert worden ist, wie sie uns erscheint. Am nächsten unserer Auffassung der Impetigo vulgaris kommen verschiedene Beschreibungen der sogenannten Impetigo contagiosa; doch mischen sich in alle diese gewisse Züge hinein, die der endemischen Impetigo vulgaris nicht eigen sind. In diesem Thatbestande liegt die

Berechtigung, unsere „Impetigo vulgaris“ ganz von neuem und ohne jede historische Befangenheit zu schildern, wie wir sie sehen.

In Bezug auf die ätiologische Seite lehrt unser geschichtlicher Überblick, daſs zur Zeit hauptsächlich zwei Richtungen bei den verschiedenen Forschern bestehen. Einmal soll, so wenig eine solche Auffassung dem heutigen Stande der Bakteriologie entspricht, das als einheitlich geltende Krankheitsbild der Impetigo durch die verschiedensten Eiterungen erzeugt werden können. Andererseits wird der Staphylococcus albus et aureus oder ein mehr oder weniger bestimmt charakterisierter Streptococcus für den alleinigen Urheber der Impetigo gehalten. Unsere Aufgabe wird es sein, diesen Ansichten gegenüber nachzuweisen, daſs die Impetigo vulgaris immer nur durch einen bestimmten Organismus erzeugt wird und daſs dieser nicht unter den bekannten Kokken zu suchen ist, sondern eine neue, durchaus eigentümliche Species darstellt.

Nachtrag.

Während des Druckes der Arbeit sandte mir Prof. Corlett (Cleveland, Ohio) seine Arbeit: „Impetigo: its clinical forms and present status, including Ecthyma and the socalled Pemphigus contagiosus“ (*Cleveland Journal of Medicine*, Dez. 98), welche eine interessante Schilderung einer groſsblasigen, seropurulenten, sehr ansteckenden tropischen Form von Impetigo enthält. Wie der Titel schon erkennen läſst, hält der Autor die verschiedenen Impetigoformen nicht bloſs, sondern auch das Ecthyma und Hebras Impetigo herpetiformis für zeitlich und örtlich wechselnde Abwandlungen eines und desselben Leidens, welches stets durch die gewöhnlichen Eiterkokken verursacht wird. Ich bin dem Herrn Verfasser auch noch für den Hinweis auf mehrere hierher gehörige englische Arbeiten und eine französische zu Dank verpflichtet, welche uns bei Abfassung unserer Arbeit (Sommer 98) entgangen sind und die ich wenigstens so kurz, wie sie in Corletts Arbeit angegeben sind, der Vollständigkeit wegen hier anführen möchte: Armstrong, *Edinb. Med. Journ.* 1898, S. 280. Payne, *London. Lancet.* 4. Juli 1896. Elliot, *Journ. Cut. and Genito-Ur. Dis.* 1894, S. 194. Allen, *Transactions Am. Derm. Assoc.* 1896. Crooker, *London Lancet.* 2. Nov. 1895, S. 1110. Balzer et Griffon, *Le Bulletin méd.* 31. Okt. 1897. *Unna.*

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Praxis.

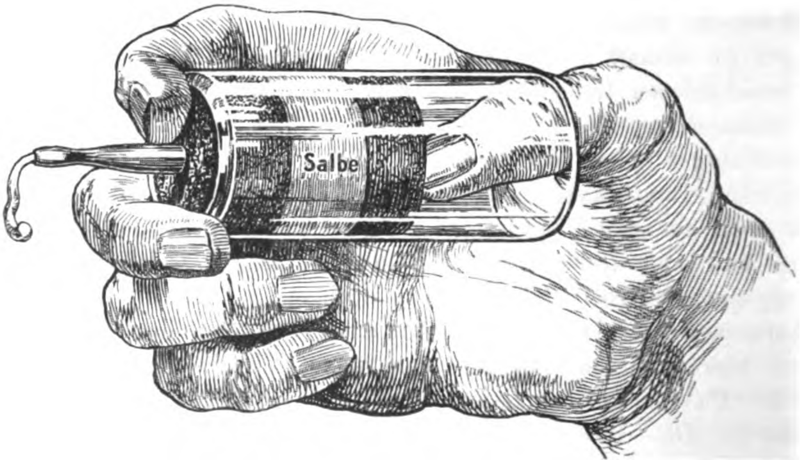
Gläserne Salben-Fülltuben.

Von

Dr. OSCAR EHRMANN, Spezialarzt,
Mannheim-Heidelberg.

Zum Einführen von Salben in die Harnröhre dienen sog. Salbenspritzen, Tripperpistolen etc., katheterartige Instrumente mit vorderer Öffnung, aus Metall oder elastischem Material. Das Einfüllen der Salbenmasse in diese Instrumente geschieht vom hinteren Ende aus durch Einspritzen aus Tripperspritzen, die man mit Salben füllt, oder aus salbengefüllten Zinntuben, wie sie für Malerölfarben und Kosmetika (Byrolin etc.) üblich sind.

Demselben Zweck des Salbeneinfüllens in diese Harnröhreninstrumente dienen in vorteilhafterer Art gläserne Tuben (Salbenfülltuben, s. Figur).[1]



Es sind farblose oder dunkle, kurze Glascylinder, in deren Lichtung der Daumen bequem Platz hat. Der Rand der einen Öffnung ist an der Gebläseflamme etwas eingebogen als Halt für einen Korkstopfen im Innern der Glastube. Dieser Kork ist durchbohrt und trägt ein kurzes spitzgezogenes Glasröhrchen.

[1] Einfache enge Glastuben ohne unten genannte Eigenheiten dienen als einfache Farben- oder Salbenbehälter bisher schon.

Die Tube wird nach Einschieben dieses Korkes zum gröfsten Teile mit Salbe gefüllt (wie ein Salbentöpfchen) und dann ein im Lumen freibeweglicher zweiter Korkstopfen hinten eingesetzt. Das Instrument wird wie in der Abbildung gefafst und bei Vorschieben des beweglichen Korkes durch den Daumen tritt vorne am spitzen Glasröhrchen die Salbe in wurstartiger Form aus. Ist die Tube leer geworden, schiebt man beide Korke in umgekehrter Richtung (nach hinten) durch einen Holz- oder Glasstab (Federhalter etc.), nimmt den beweglichen Kork heraus, schiebt den vorderen Kork wieder bis an den eingebogenen Glasrand vor und füllt wieder Salbe ein (mit Löffelchen, Spatel etc.) resp. läfst sie in der Apotheke füllen.

Diese Glastuben sind also gleichzeitig gegen Chemikalien indifferente Salbengefäfse und Füllinstrumente, sie sind stets wieder zu füllen (Zinntuben nicht), auskochbar (sterilisierbar), durchsichtig und graduierbar (genauere Dosierung), kompendiös (da nicht, wie bei mit Salben gefüllten Spritzen, die Stempelstange vorsteht). Sie sind billig, auch selbst herzustellen und passen an jedes Instrument. Die Handhabung geschieht mit einer Hand (s. Bild), da der Daumen der haltenden Hand auch als Stempelstange dient.

Vor dem Gebrauch erwärmt man am besten die Tubenspitze über einer Flamme oder taucht sie in warmes Wasser, damit die weich gewordene Salbe gut fliefst.

Versammlungen.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 22. Januar (2. Februar) 1899.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Speranski stellte einen Fall von **Lepra maculo-tuberosa** vor. Derselbe betraf eine 36jährige Kolonistin aus dem Saratowschen Gouvernement. Ausgesprochene Facies leonina, Fehlen der Augenbrauen, charakteristische, teils anästhetische Flecke und Leprabacillen im Blut stellten die Diagnose aufser allen Zweifel. Die Schleimhäute, insbesondere die Nasenschleimhaut unverändert, sodafs die in letzter Zeit vielfach betonte Infektion von dieser Partie auszuschliefsen ist. Dagegen giebt Patientin an, ihre Erkrankung zunächst am linken Ellenbogen bemerkt zu haben, wo sich noch jetzt eine Narbe findet.

Diskussion: Pospelow macht aufmerksam auf die Gefahr der Lepraverbreitung in Rufsland durch die Freizügigkeit der Patienten. Diese Patientin stammt aus Saratow; unlängst hatte P. Gelegenheit von einem Fall zu hören, der einen Arbeiter betraf, welcher zusammen mit anderen Arbeitern aus Livland in das Moskausche Gouvernement gekommen war und auf einer Fabrik hierselbst Anstellung gefunden hatte, bis man seine Lepra erkannte und ihn polizeilich in die Heimat zurückschickte. Wie notwendig wäre für solche Fälle ein Leprosorium bei Moskau!

2. Metscherski als Gast demonstrierte einen Fall von **einseitiger Sykosis barbae.** Der betreffende Patient, ein 22jähriger, neurasthenischer Dorfschullehrer, weist auf der linken Hälfte des Kinns und der Oberlippe die Zeichen einer verheilenden Sykosis auf. Die Behandlung dieses Falles bestand zuerst im Rasieren und in der Anwendung von Salben und Kompressen, später in dem inneren Gebrauch von Bromkalium und Sol. Fowleri. Unter der letzteren Behandlung trat die Besserung ein.

Archangelski erkundigt sich nach dem Ernährungszustand des Patienten während der Behandlung. — Metscherski erwidert, daſs Patient in letzter Zeit abgenommen hat infolge der zufälligen Erkrankung an Influenza. — Pospelow hebt die Seltenheit der Einseitigkeit des Prozesses hervor und schlieſst eine vielleicht denkbare günstige Beeinflussung der Sykosis durch die Influenza entschieden aus. Bei der Sykosis muſs neben den eitererregenden Kokken der Zustand der Nerven eine Rolle spielen.

3. Zechanski als Gast berichtet über die Methode und die Resultate der **Finsenschen Lupusbehandlung,** welche er aus eigener Anschauung bei Finsen in Kopenhagen kennen gelernt hat. Z. spricht sich auf Grund des in Kopenhagen Gesehenen für diese Behandlung aus.

Diskussion: Küsel findet die Apparate zu kostspielig. — Shiwult wird durch die herumgereichten Photographien von dem guten Erfolge nicht überzeugt. — Lichatscheff findet, daſs man in derselben langen Zeit durch die früheren Mittel dasselbe erreicht. — Kracht gefällt an der Methode die Schmerzlosigkeit. — Pospelow hält die Finsensche Behandlung für sehr verlockend, aber sie verlangt viel Zeit und verspricht nicht Auſsergewöhnliches. P. fordert Zechanski auf, selbst Versuche in der dermatologischen Klinik anzustellen.

4. Tschlenow macht Mitteilung über eine **neue Form von Hauttuberkulose.** Auf Grund der Beobachtung zweier an Lepra anaesthetica erinnernder, aber bei der mikroskopischen Untersuchung wie durch das Tierexperiment sich als Tuberkulose erweisender Fälle stellt T. eine neue Form der Hauttuberkulose auf (cf. Referat der Sitzung vom 18./30. Dez. 1898). Dieselbe kennzeichnet sich klinisch durch Flecke, welche sich peripher ausbreiten und im Centrum verheilen. Mikroskopisch findet man Tuberkelbacillen, Riesenzellen und Infiltration in dem Stratum subpapillare. T. bezeichnet diese in den Rahmen der übrigen Arten von Hauttuberkulose nicht passende Form als Tuberculosis cutis discoides. Ob die bei den beiden Fällen beobachtete Anästhesie auf die Tuberkulose zu beziehen ist oder unabhängig von derselben ist, muſs die weitere Beobachtung klar stellen. In beiden Fällen lieſs sich keine Tuberkulose innerer Organe konstatieren.

5. Sakrepa als Gast demonstrierte mikroskopische Präparate eines Falles von **Rhinophyma.**

Dermatologische Gesellschaft von Groſsbritannien und Irland.

Sitzung vom 29. Juni 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* September 1898.)

R. Crocker demonstriert 1) einen **Fall von groſssporigem Ringworm,** 2. einen **Fall von Lupus verrucosus.** In symmetrischer Weise sind Ellenbogen und Kniegelenke befallen.

Eddowes stellt ein Mädchen vor mit einer groſsen Zahl von mehr oder weniger symmetrisch angeordneten weiſsen Stellen auf dem Rücken, von denen viele bereits seit einem Jahre bestehen. Die Zahl vergröſsert sich immer noch. Er bezeichne die Affektion in Ermangelung eines besseren, prägnanteren Namens mit **Leukodermie.** — Crocker sieht den Fall als Morphoea an.

WALSH stellt ein Mädchen mit einer Hautaffektion vor, welche derjenigen ähnlich sieht, die HUTCHINSON als **Lupus lymphaticus** bezeichnet hat. — CROCKER möchte für diesen Namen besser „Lupus lymphangiectodes" oder „Lymphangioma circumscriptum" gesetzt sehen.

F. R. WALTERS berichtet über einen abnormen Ausschlag bei zwei Kindern. Derselbe ist charakterisiert durch hier und da zerstreute, im Beginn kaum bemerkbare Papeln, die Jucken verursachen, und wenn sie gekratzt werden, das Entstehen von Quaddeln zur Folge haben. Viele der Papeln werden vesikulös, aber nicht pustulös, nässen nicht, bilden keine Krusten. Man wird wohl an Scabies erinnert, doch konnten trotz eifrigen Suchens keine Krätzmilben gefunden werden. Unter einer energischen Behandlung mit Schwefelsalbe verschwindet der Ausschlag. — Vortragender glaubt, daſs die Ursache der Affektion wahrscheinlich in einer Infektion von zwei irischen Foxterrieren zu suchen sei, mit welchen die Kinder zu spielen pflegten. Die Hunde wären wegen der Räude in Behandlung eines Veterinärarztes gewesen. Die Räude wird auf die Anwesenheit eines Demodex zurückgeführt, der in enger Beziehung oder vielleicht identisch mit dem menschlichen Demodex ist. — WALSH wie CROCKER sind in der Lage, die Angaben des Vortragenden zu bestätigen. CROCKER bezeichnete den Zustand der Hautreizung als „**Hundekrätze**".

Sitzung vom 26. Oktober 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* Dezember 1898.)

EDDOWES stellt **zwei Fälle von Alopecia areata** vor, von denen der zweite einen anämisch aussehenden Knaben betrifft. Ungewöhnlich ist die auffallend dunkle Färbung der Kopfhaut an denjenigen Stellen, welche vom Haarausfall frei geblieben sind. An der Innenseite beider Kniegelenke genau über dem Tibiakopfe bemerkt man einen etwa markstückgroſsen Fleck, der ein weiſses Centrum mit einem dunklen Rande hat. Fälle von Alopecia areata, die sich, wie in dem vorliegenden, mit Leukodermia kombinieren, sollen nach THIBIERGE und CROCKER sich gegen die Behandlung besonders hartnäckig erweisen. Auch der Patient des Vortragenden zeigte sich den angewandten Mitteln gegenüber auſserordentlich resistent.

CROCKER demonstriert 1. einen **Fall von Lepra tuberosa** hauptsächlich lokalisiert im Gesicht und an den Extremitäten. Die Haut der Hände ist im Gegensatz zu anderen derartigen Fällen nicht verdickt, sondern zart, satinartig, leicht runzelig, wie die senile Haut und unelastisch; 2. einen **Fall von Urticaria pigmentosa**. Vortragender unterscheidet drei Typen der Affektion: 1. bei welchem zahlreiche, xanthomähnliche Knoten vorhanden sind; 2. bei welchem die Quaddeln zurückgehen und lediglich eine Pigmentation hinterlassen; 3. stellt einen intermediären Zustand dar, bei welchem in gewissem Grade Pigmentation und Bildung von persistierenden, aber nicht xanthomähnlichen Knoten stattfindet. Bei allen drei Typen ist in der Mehrzahl der Fälle Urticaria factitia vorhanden. Der Juckreiz fehlt meistens nicht, ist jedoch hinsichtlich seiner Intensität groſsen Schwankungen unterworfen.

C. Berliner-Aachen.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Juli 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* September 1898.)

A. CARLESS stellt eine 57jährige Frau mit **Mykosis fungoides** vor. Die Patientin hat 11 Graviditäten durchgemacht. Während der ersten Schwangerschaft bekam sie einen ekzemartigen Ausschlag an den Labien, während der dritten eine ähnliche

Eruption am Abdomen und an den Armen. Mit jeder Schwangerschaft verschlimmerte sich der Zustand. Vor 14 Jahren bekam sie im Anschlufs an eine geistige Störung infolge von Geldverlusten eine Art desquamativer Dermatitis. Vor 10 Jahren zeigten sich Knoten von verschiedener Gröfse an den unteren Extremitäten. Gegenwärtig sieht man an den Oberschenkeln, namentlich dem rechten, runde, warzige, papillomatöse Tumoren, von denen einige beginnende Ulceration zeigen. Die Leistendrüsen sind vergröfsert. Die Behandlung ist eine mehr palliative.

R. Crocker und G. Pernet zeigen einen **Fall von Tinea circinata** der grofssporigen Ektothrixform bei einem 50jährigen Manne. Die Affektion ist auf den Rücken der linken Hand beschränkt. Ob die Übertragung vom Menschen oder Tiere stattgefunden hat, konnte nicht festgestellt werden.

R. Crocker: **Fall zur Diagnose.** Der Patient, ein Kapitän, der in China sich aufgehalten hat, zeigt seit sechs Jahren erhabene, bräunlich gelbe Ringe hauptsächlich auf den behaarten Teilen des Gesichts, aufserdem einen Ring auf der behaarten Kopfhaut und einen auf dem linken Schulterblatte. In der Voraussetzung, dafs die Affektion auf einen vegetabilischen Parasiten zurückzuführen sei, war auch die Behandlung eine vorwiegend antiparasitäre. Einige Ringe verschwanden, während drei andere trotz jahrelang fortgesetzter Behandlung bestehen blieben. Die Haare auf den Ringen lassen sich mit Leichtigkeit ohne Wurzelscheide ausziehen, aber kein Pilz konnte bisher entdeckt werden. — Die allgemeine Ansicht der anwesenden Mitglieder geht dahin, dafs es sich um eine Affektion handle, die durch einen sehr tief sitzenden vegetabilischen Parasiten hervorgerufen sei.

C. Fox demonstriert ein Mädchen, 2½ Jahre alt, mit **Lupus vulgaris** von dem Typus, den Hutchinson **Lupus-Psoriasis** genannt hat.

Galloway demonstriert einen **Fall von Purpura in Verbindung mit Hämophilie** bei einem 11jährigen Mädchen. Man sieht zahlreiche kleine, purpurrote Punkte über Stamm und Extremitäten zerstreut. Die Schleimhäute sind noch nicht befallen. Doch bestanden gelegentlich der Extraktion eines Zahnes, an welche sich eine langdauernde Blutung anschlofs, blutige Flecke auf der Wangenschleimhaut. Erbliche Belastung liegt nicht vor.

St. Mackenzie stellt eine junge Frau mit **Ulcus rodens auf dem Hinterkopfe** vor. Das bereits seit längerer Zeit bestehende Geschwür nahm die Gegend des rechten Warzenfortsatzes ein. Ungewöhnlich sind in diesem Falle das jugendliche Alter der Patientin und die Lokalisation des Ulcus rodens.

Sitzung vom 12. Oktober 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* November 1898.)

Colcott Fox stellt einen Knaben mit **Hydroa aestivale** vor. Die Diagnose wurde gestellt auf Grund 1. des papulo-vesikulösen Charakters des Ausschlages; 2. der Narbenbildung; 3. seiner Verteilung auf den der Sonne exponierten Körperteilen; 4. des stets im Sommer wiederkehrenden Ausbruches; 5. der augenscheinlichen Beeinflussung durch das Sonnenlicht.

Im Anschlufs an diese „Sommereruption“ stellt C. Fox einen 14jährigen Knaben mit einer **recidivierenden, vesikulösen Wintereruption** vor. In neun aufeinanderfolgenden Wintern kam der Ausschlag zum Vorschein. Die Attacke im November 1893 war sehr stark und dauerte sechs Wochen. Die Finger waren damals etwas geschwollen, die Dorsalflächen der Hände und Finger, Handgelenke waren spärlich besät mit einzeln stehenden, rundlichen, hellen Bläschen oder kleinen Blasen, deutlich gröfser als die gewöhnlichen Ekzembläschen und ohne entzündlichen Hof. Die Seiten der Finger sind schwach in Mitleidenschaft gezogen, die Handteller dagegen voll-

ständig frei. Das Jucken ist schwach. — Vortragender vermag diesen Fall, welcher nach seiner Erfahrung einzig dasteht, nicht leicht einer Klasse von Hautkrankheiten einzureihen.

C. Fox demonstriert ferner:

Ein 7jähriges Mädchen mit **multipler circumscripter Sklerodermie oder Morphoea.** Die Affektion besteht seit neun Wochen und ist interessant a) weil die elfenbeinweifsen Flecke von einer dunkel pigmentierten Zone und diese wieder von einem mehr diffusen, schwächer pigmentierten Hofe umgeben sind. Die Ähnlichkeit mit Leukodermie ist frappant; b) wegen der Verteilung an Stamm und Hüften; c) wegen der excentrischen Ausbreitung der einzelnen Flecke.

Einen 18jährigen Knaben mit **Urticaria pigmentosa** von dreijähriger Dauer. Befallen sind Stamm, Gesicht, Hals, Beine. Die Efflorescenzen sind sehr dunkel und erinnern lebhaft an pigmentierte, syphilitische Papeln. Urticaria factitia ist in geringem Grade vorhanden, doch hinterlassen künstlich hervorgerufene Urticariastreifen keine Spuren. Über Jucken klagt der Patient fast gar nicht. Die Untersuchung einer excidierten Quaddel hat als Hauptbefund eine aufserordentlich grofse Menge von „Mastzellen“ in der Cutis bis in die Papillenschicht sich ausdehnend ergeben. Sie waren in regellosen Massen und Linien angehäuft. Eigentümlich waren vielen dieser Mastzellen ihre undeutlichen äufseren Konturen. Ein anderer Punkt von Interesse war die Anwesenheit von Melanin in vermehrter Quantität in der unteren Reteschicht.

Eine 54jährige Frau mit **Xanthoma multiplex.** Die Patientin bietet ein klassisches Beispiel von einem intensiven, nahezu universellen Xanthomausschlag in Verbindung mit chronischer Gelbsucht. Die Leber ist stark vergröfsert.

Turner stellt einen 37jährigen Mann mit **Erythema multiforme** vor. Im Anschlufs an den Genufs von Austern erkrankte der Patient mit intensiven Bauchschmerzen und Diarrhoe. Gleichzeitig wurden Zahnfleisch und Lippen wund und zeigten weifse Stellen. In der nächsten Zeit bildeten sich Blasen an beiden Händen und Handgelenken in ziemlich symmetrischer Weise, ferner unterhalb der Kniegelenke, auf der Mundschleimhaut, an den Füfsen vereinzelt; frei waren jedoch die Fufssohlen. Für die Diagnose kamen in Betracht: 1. Herpes iris, 2. Pemphigus, 3. vesikulöse oder impetiginöse Stomatitis, 4. epizootische, vesikuläre Stomatitis. — Pringle sieht die Affektion als ein bullöses Erythema multiforme an.

St. Mackenzie demonstriert 1. einen 9jährigen, zartgebauten, scrophulösen Knaben mit **gelben Pigmentflecken hämorrhagischen Ursprunges.** Die Affektion begann vor ca. neun Monaten mit einem roten Flecke von der Gröfse eines kleinen Zwanzigpfennigstückes. Der Fleck, der vorn am Schienbein safs, entfärbte sich und nahm eine gelbe Farbe an. In ähnlicher Weise entstanden im Laufe der nächsten Zeit tiefgelbe Flecken an den Beinen, Armen, am Stamm. Von Interesse ist, dafs diese im Anschlufs an Hämorrhagien auftretenden Flecke persistieren und während der neun Monate ihres Bestehens sich nur wenig verändert haben. Eine Ursache der Hämorrhagien konnte nicht festgestellt werden.

2. einen **Fall von Teerausschlag** bei einem 60jährigen Teerarbeiter. Vorderarme, die Dorsalflächen der Hände und Finger haben die Mündungen der Haarfollikel mit einer schwarzen Kruste verstopft. An einigen Stellen sieht man erbsengrofse Erhabenheiten der Haut von warziger Beschaffenheit. An der rechten Scrotalhälfte befinden sich einige erbsen- bis haselnufsgrofse, ziemlich weiche mit einer hornigen Kruste bedeckte, papillomatöse Schwellungen. Auf Druck sind dieselben empfindlich. Sie gleichen den Tumoren, die man mit „Teermolluscum“ bezeichnet und welche die Neigung haben, epitheliomatös zu werden.

M. Morris stellt eine 55jährige Frau mit **ausgedehntem Ulcus rodens der Nase** vor.

J. J. Pringle demonstriert einen **Fall von Molluscum contagiosum** bei einem 58 Jahre alten Manne. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 47, Heft 1. 1899.

I. **Über einen Fall von Porokeratosis mit Lokalisation im Munde und an der Glans,** von Vittorio Mibelli-Parma. Der 68jährige Patient erinnert sich genau, dafs sowohl seine Mutter als auch seine Grofsmutter mütterlicherseits, ferner sein Bruder und drei Kinder des letzteren an derselben Hauterkrankung (Porokeratosis) gelitten haben, beziehungsweise noch leiden, mit welcher er selbst seit nahezu 40 Jahren behaftet ist. Während seiner weiten Reisen als Seemann hat der Patient manche schwere fieberhafte Krankheit glücklich überstanden und erfreute sich in den letzten Jahren einer allgemeinen guten Gesundheit. Er führte ein mäfsiges Leben, war nie Trinker, war aber ein leidenschaftlicher Raucher und kaute Tabak. — Von der Affektion ist fast die ganze Körperhaut ergriffen, aufserdem noch die Schleimhaut des Mundes und der Glans. Der Verfasser giebt im folgenden eine sehr ausführliche, klassische Beschreibung des Status praesens. Charakterisiert ist das Krankheitsbild hauptsächlich durch die vom Verfasser wiederholt beschriebenen typischen keratotischen Efflorescenzen, welche aus einem keratotischen Walle bestehen, der sich in Form einer in sich geschlossenen und unregelmäfsig ausgebuchteten Linie erhebt und in der Mitte ein Feld von verschiedenem Aussehen einschliefst. In den kleineren Herden zeigt dieser centrale Fleck ein keratotisches Aussehen, bildet jedoch im Verhältnisse zu dem ihn umgebenden Walle eine gleichmäfsige Depression; in den anderen ist er glänzend weifslich, von leicht atrophischem Aussehen, ohne Haare und frei von Follikel- und Drüsenöffnungen. — Der vom Verfasser beschriebene Fall bildet ein ganz typisches Beispiel der Porokeratosis, verdient aber aus folgenden Gründen ein besonderes Interesse: 1. wegen der langen Dauer der Krankheit, wegen der Schwere der Veränderungen, wegen der aufserordentlichen Ausbreitung derselben, wegen einiger Modifikationen, welche bei diesem Patienten infolge seines Alters und seiner Beschäftigung im Krankheitsbilde aufgetreten sind; 2. wegen der Gegenwart von Herden an der Schleimhaut des Mundes und des Genitales, welche denen des äufseren Integumentes ähnlich sind, und 3. wegen der erblichen Belastung durch vier Generationen hindurch. (Fortsetzung folgt.)

II. **Über die Beziehungen der Aortenaneurysmen zur Syphilis,** von C. Rasch-Kopenhagen. Nach einem kurzen Rückblick auf die einschlägige, im ganzen sehr spärliche Litteratur teilt Verfasser einige statistische Daten über die Häufigkeit mit, mit welcher sich Syphilis bei den Patienten mit Aortaaneurysmen findet Die Angaben der einzelnen Autoren variieren zwischen 36% bis 85%. Verfasser hat fünf Jahre hindurch alle auf dem Kommunehospital in Kopenhagen obduzierten Leichen daraufhin untersucht. Unter 28 Fällen von Aortenaneurysma konnte bei 16 (= 57%) vorhergegangene Syphilis mit Sicherheit nachgewiesen werden. In sieben

Fällen (= 25%) konnte Syphilis mit grofser Wahrscheinlichkeit vermutet werden, sodafs also im ganzen in 82% der Fälle neben dem Aortenaneurysma Syphilis mit Sicherheit oder mit grofser Wahrscheinlichkeit verzeichnet werden konnte. Noch höher ist der Procentsatz, wenn man die 13 sackförmigen Aneurysmen, welche sich unter den 28 Fällen fanden, in Betracht zieht. Von ihnen hatten acht sicher, vier wahrscheinlich Syphilis gehabt (= 92%). — Zur Erklärung des Zusammenhanges der Aortenaneurysmen mit Syphilis nimmt Verfasser auf Grund eigener Untersuchungen und in Übereinstimmung mit Hjalmar Heiberg, Heller, Döhle, Backhaus u. a. an, dafs der Aneurysmenbildung in der grofsen Mehrzahl der Fälle ein chronischer Entzündungszustand in der Arterienwand zu Grunde liegt, den er mit „fibröser Aortitis" bezeichnet. Diese Form fand sich bei allen sackförmigen Aneurysmen und bei zehn spindelförmigen vor. Makroskopisch ist die fibröse Aortitis charakterisiert durch eine oft enorme Verdickung der Arterienwand. Diese Verdickung betrifft hauptsächlich die Media und die Adventitia. Mikroskopisch charakterisiert sich das Leiden durch Rundzelleninfiltration in der sehr verdickten Adventitia und Media. Die elastischen Lamellen werden bei dem Entzündungsprozesse zerstört, verschwinden in mehr oder weniger grofsem Umfange und werden durch ein fibröses oder ein an Rundzellen reiches Gewebe ersetzt. Neben dieser produktiven Mesarteriitis besteht gleichzeitig Neigung zur Bindegewebsbildung und Schrumpfung. Wir haben es also hier mit Vorgängen zu thun, wie sie die Syphilis überall im Organismus hervorruft oder hervorrufen kann. — Die Überzeugung des Verfassers ist es, dafs alle Aneurysmen, bei denen die erwähnte produktive Mesarteriitis nachgewiesen werden kann, syphilitischen Ursprunges sind.

III. **Über die Radikalexstirpation des Lupus**, von A. Buschke-Breslau. Im ganzen hat Verfasser in den Jahren 1895—1897 in der Breslauer dermatologischen Klinik 18 Fälle durch Radikalexstirpation behandelt. Die Krankengeschichten dieser 18 Fälle werden im folgenden ausführlich mitgeteilt. — Die Schlüsse, welche Verfasser aus seinen Beobachtungen zieht, sind ungefähr folgende: Für die Anästhesierung wird man sich mit Vorteil der Schleichschen Infiltrationsmethode bedienen, jedoch in der Mehrzahl der Fälle mit dieser allein ohne Anwendung der Narkose nicht auskommen. Das Resultat der Plastik wird durch die Schleichsche Infiltration nicht beeinträchtigt. Die Entnahme von Hautlappen bei der Transplantation nach Thiersch wird durch die Infiltration des Gewebes aufserordentlich erleichtert. Bei der Infiltrationsanästhesie sowohl zur Excision eines erkrankten Hautgebietes als auch zur Entnahme gesunder Hautlappen verfährt Verfasser in der Weise, dafs er nur eine schmale, etwa 2 cm breite Randzone der Cutis, im übrigen aber das subcutane Gewebe infiltriert — Bei der Methode der Excision sind zwei Punkte zu berücksichtigen, 1. man mufs in gesunden Grenzen operieren; 2. man mufs vermeiden, dafs während oder nach der Operation das Terrain mit tuberkulösem Material in Berührung kommt. — Was den ersten Punkt betrifft, so ist die Grenzbestimmung nicht immer leicht. Am einfachsten ist die Aufgabe bei der Begrenzung in die Tiefe. Hier genügt es wohl immer, wenn man sich in den tiefsten Schichten des subcutanen Fettgewebes hält. Bei Herden, in denen früher Excochleationen, Ätzungen etc. ausgeführt worden sind, thut man gut, sich möglichst aufserhalb der alten Narben, die eventuell noch tuberkulöses Virus bergen, zu halten. — Schwieriger gestaltet sich die Feststellung der Exstirpationsgrenze in der Flächenausdehnung des Lupus, besonders schwierig ist sie bei der disseminierten Form. Man geht am sichersten, wenn man mindestens 1—2 cm entfernt vom äufsersten Erkrankungspunkt operiert. Als Hülfsmittel zur Bestimmung der Exstirpationsgrenze dienten dem Verfasser mit Vorteil, wenn auch nicht immer mit absoluter Zuverlässigkeit der Glas-

druck und das alte Kochsche Tuberkulin. Die Annahme der durch Tuberkulininjektionen hervorgerufenen Reaktionszone als Exstirpationsgrenze erwies sich allerdings im weiteren Verlaufe als eine trügerische. — Hinsichtlich der Technik der Plastik wurden alle Methoden, welche die plastische Chirurgie kennt, benutzt. Verfasser beschreibt dieselben und ihre Indikationen in den einzelnen Fällen näher und erörtert am Schlusse die Indikationen der radikalen Beseitigung des Lupus überhaupt. Er ist mit Neisser und Lang der Ansicht, dafs man die anderen Behandlungsmethoden erst an zweiter Stelle in Erwägung ziehen soll, wenn die Radikalexstirpation aus gewissen Gründen, sei es wegen intensiverer Beteiligung der Schleimhäute, wegen weiter Ausbreitung und Dissemination des Lupus, wegen des Allgemeinbefindens des Patienten oder sonstiger von Fall zu Fall zu beachtender Kontraindikationen nicht stattfinden kann.

IV. **Zellkerne mit „homogener Substanz“**. Ein Beitrag zur Histologie der Zelle, von Kuznitzky-Köln a. Rh. Verfasser erörtert mit Beziehung auf das obige Thema in der vorliegenden Arbeit drei Fragen: 1. Welches ist die chemische Zusammensetzung der „homogenen Substanz“? 2. Was wird aus ihr und aus den sie beherbergenden, resp. Zellkernen? 3. Was hat ihr Vorkommen zu bedeuten? — Eine positive Antwort läfst sich auf die beiden ersten Fragen nicht geben. Es scheint wahrscheinlich, dafs zwischen den roten Blutkörperchen, der serösen Flüssigkeit und der „homogenen Substanz“ eine gewisse chemische Verwandtschaft besteht. — Das Vorkommen homogener Substanz in Zellkernen deutet Verfasser folgendermafsen: „Zellkerne mit „homogener Substanz“ sind ein normal-histologischer Hautbefund. In jugendlicher Haut kommen sie zahlreicher vor, in der Haut des Erwachsenen spärlicher. Besteht aber, durch irgend welche Dermatose veranlafst, ein Reizzustand, so wird auch beim Erwachsenen die „homogene Substanz“ im Bereich dieses Reizungsgebietes in einer gröfseren Anzahl von Zellkernen zur Ausscheidung gebracht. Es dürfte also die homogene Substanz, wenn man aufserdem in Betracht zieht, dafs sie auf die Becksche Färbung (Pikrinsäure—Methylenblau) ähnlich reagiert wie verschiedene dem Serum verwandte Flüssigkeiten, als das Resultat eines endosmotischen Vorganges der Zelle aufzufassen sein, und den Schlufs auf besonders lebhafte Zirkulationsverhältnisse zulassen, wenn sie in einer gröfseren Anzahl von Zellkernen vorkommt“.

V. **Die Seborrhoea corporis (Duhring) und ihr Verhältnis zur Psoriasis vulgaris und zum Ekzem**, von Ludwig Török-Budapest. Der Verfasser will in der vorliegenden Arbeit eine kurze klinische Beschreibung der von Duhring mit Seborrhoea corporis bezeichneten Affektion geben und den Nachweis liefern, dafs die Seborrhoea corporis-Duhring eine in ihrer Lokalisation atypische, in Bezug auf Intensität äufserst schwache Form der Psoriasis vulgaris ist. Bei der nahen Beziehung der Duhringschen Krankheit zum Ekzem, insbesondere zum seborrhoischen Ekzem kann Verfasser nicht umhin, seine Ansichten über Unnas Eccema seborrhoicum hier anzuschliefsen. Mit der Seborrhoea corporis haben sich viele Autoren befafst, was zur Folge gehabt hat, dafs die Affektion die verschiedensten Bezeichnungen erhalten hat. Die sehr detaillierte Beschreibung, die Verfasser von der Seborrhoea Duhring in ihrer typischen Lokalisation giebt, deckt sich im allgemeinen mit derjenigen der meisten Autoren. Als wesentlich hebt er jedoch hervor „das Vorhandensein einer Verhornungsanomalie, welche sich in der Bildung einer feinen, kohärenten, trockenen, etwas spröden, nicht pulverförmigen Schuppenschichte zu erkennen giebt, und die durch die klinische Beobachtung konstatierbare Verdünnung der suprapapillären Malpighischicht, welche durch das prompte und leichte Auftreten blutender Punkte nach Abheben der Schuppenschichte nachgewiesen werden kann.“ Da sowohl bei der Sebor-

rhoea corporis wie bei der Psoriasis vulgaris die klinisch hervorstechendsten Eigenschaften der Hautläsionen auf eine Verhornungsanomalie mit der Begleiterscheinung der Hyperämie hindeuten, bei welcher es zu einer Verdünnung der suprapapillären Epithelschichte kommt und da ferner auch das histologische Bild sich mit dem klinischen deckt, so wird man an der Identität beider Prozesse nicht mehr zweifeln, zumal dieselbe noch durch andere klinische Thatsachen, die man ohne Konstatierung der anatomischen Identität vielleicht als einfache Koincidenz gedeutet hätte, gestützt werden kann. — Verfasser teilt im folgenden die Krankengeschichten einer Anzahl von Fällen mit, welche geeignet sind, die Annahme der Identität der Seborrhoea corporis und der Psoriasis vulgaris zu stützen und erörtert sodann die Gründe, welche gegen eine solche Annahme angeführt werden könnten. Einige Krankengeschichten illustrieren auch hier das Gesagte. (Fortsetzung folgt.)

VI. **Über die Häufigkeit von Rachen- und Kehlkopfaffektionen bei Syphilis,** von Arthur Jordan-Moskau. Das Ergebnis seiner Untersuchungen giebt der Verfasser in folgenden Schlufssätzen wieder: 1. In allen Stadien der Syphilis beobachtet man sowohl im Rachen, als auch im Kehlkopf mehr oder weniger häufig die Erscheinungen eines Erythems, welches zwar einzig und allein auf Syphilis beruhen kann, aber sich von Rötungen aus anderen Gründen nicht unterscheiden läfst. Die Bestimmung der Häufigkeit seines Vorkommens ist daher von untergeordnetem Wert. 2. Papeln des Rachens sieht man in ungefähr $^1/_3$ aller Fälle von sekundärer Syphilis. Papeln des Kehlkopfes sind dagegen viel seltener und wurden vom Verfasser nur in 3,3% konstatiert. Hier wie dort sind sie während der Recidive häufiger, als zur Zeit des recenten Stadiums. 3. Tertiär-syphilitische Erscheinungen als solche oder in Gestalt von Defekten und Perforationen gab es im Rachen zu $^1/_3$, im Kehlkopf zu $^1/_{10}$ der vom Verfasser beobachteten Fälle.

VII. **Gabriel d'Ayala über die Syphilis,** von Leopold Glück-Serajevo. In Ayalas „Popularia epigrammata medica“ finden sich zwei vom Verfasser im vorliegenden Aufsatze lateinisch und in wortgetreuer deutscher Übersetzung wiedergegebene auf die Syphilis bezügliche Gedichte, die den Forschern der Geschichte dieser Krankheit gänzlich entgangen zu sein scheinen. — In dem ersten Gedichte verwirft Ayala das ganze Heer der absonderlichen Bezeichnungen, welche die Krankheit von den Autoren erhalten hat, und acceptiert nur den Namen „Morbus gallicus“, den sie seit altersher haben soll. Wir citieren aus dem Gedichte, indem wir im übrigen auf das sehr originelle Original verweisen, die bezügliche Stelle:

De lue Venerea.

Tu quoque Gallice morbe, meo donabere versu:
Sit dea si Nemesis non inimicia mihi.
Pro titulo pugnentalii tristeniq Patursam,
Syphilideniq vocent, Parthenope sive luem:
Saturnive senis tormentum, Iramve Deorum:
Sive Pudendagram, Cantabricumve probrum.
Non moror: a Cybeles populo, mihi nomen habebis
Gallicum: ab antiquo scilicet illud habes.

C. Berliner-Aachen.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1898. Heft 5.

Ein Fall von Septico-Pyämie durch Infektion mit dem Staphylococcus pyogenes aureus nach einer periurethralen Phlegmone, von Dessy. Der 27jährige Patient hatte sich eine akute Blennorrhoe mittelst Einspritzung einer unbekannten

Lösung „coupiert". Einige Tage später trat heftiges Fieber auf und es bildete sich eine Nephritis sowie eine ausgedehnte Phlegmone aus, die sich über Penis und Scrotum erstreckte. Nach ca. acht Tagen starb der Patient. Aus dem Blute und verschiedenen inneren Organen wurde der Staphylococcus pyogenes aureus kultiviert.

Der Syphilismus, von Prof. Tommasoli. Erschien in extenso in dieser Zeitschrift, Band XXVIII, No. 2.

Über einige biologische und histochemische Untersuchungen über gesunde und syphilitische Nemaspermien in Bezug auf die syphilitische Hereditāt, von La Mensa. Verfasser zieht aus dem Resultate seiner Experimente an Tieren folgende Schlüsse: 1. Das Blut syphilitischer Individuen übt auf die Nemaspermien keine toxischere Wirkung aus als das Blut gesunder. 2. Dem Sperma kommt keineswegs die ihm von Boulengier zugeschriebene phagocytische Wirkung zu. Die Lebensfähigkeit der Nemaspermien von Individuen in irgend welcher Periode der Lues ist in keiner Weise vermindert, sie ist im Gegenteile ebenso unversehrt als bei gesunden Menschen. 4. Die gröbere anatomische Struktur der Zoospermien syphilitischer und gesunder Individuen ist absolut identisch. 5. Die Nemaspermien gesunder und syphilitischer Individuen verhalten sich den sauren, neutralen und basischen Anilinfarben gegenüber gleich.

Bemerkung über hereditäre und Laktationssyphilis, von Salvatore Anzi. Verfasser führt eine Reihe von Argumenten zur Unterstützung der Gesetze von Colles und Profeta an, denen er sich anschliefst. Bezüglich der Säugung unterscheidet er mit Ovard zwei Kategorien von Fällen: 1. Der Säugling zeigt syphilitische Erscheinungen; in diesem Falle soll die Mutter, auch wenn sie frei von luetischen Manifestationen ist, das Säugungsgeschäft übernehmen, oder eine syphilitische Amme; ist beides nicht ausführbar, so soll das Kind künstlich ernährt werden. 2. Beim Kinde sind keine syphilitischen Erscheinungen bemerkbar; in diesem Falle ist Ernährung durch die Mutter, sei diese nun gesund oder syphilitisch, oder aber künstliche Ernährung indiziert.

Über die schützende Wirkung der Lymphdrüsen bei Syphilis, von J. Cao. Verfasser führt einen Fall an, der eine grofse Analogie mit einem anderen von Haas mitgeteilten hat, an. (Siehe diese Zeitschrift, Band XXVII, S. 411.)

Ein seltener Fall von Herpes zoster, von Truffi. Die Dermatose betraf den gröfsten Teil der linken Wange mit Ausschlufs des vorderen Teils derselben, der Orbital- und Präaurikulargegend. Der befallene Bezirk entsprach also mehr dem Innervationsgebiete des Facialis als demjenigen des Trigeminus; aufserdem war der Dermatose eine spontan zwar geringe, aber auf Druck ziemlich bedeutende Schmerzhaftigkeit an einem Punkte vorangegangen, welcher 17—20 mm vor dem Tragus, dicht unter dem Processus zygomaticus lag, in der Nähe also des Proc. coron. des Unterkiefers. Ferner entwickelte sich einige Tage vor dem Eintritte der Patientin ins Spital eine Parese des Facialis auf der Seite der Zostereruption. Verfasser nimmt deshalb an, dafs es sich um eine Läsion des Facialis gehandelt habe, der bekanntlich kein rein motorischer Nerv ist.

Über die Behandlung des Hautepithelioms mit der Arsenikmischung von Czerny und Trunececk, von Mibelli. Der Erfolg in den drei mitgeteilten Fällen war ein vollständiger und empfiehlt daher Verfasser die Methode bestens. Statt aber die Lösung nur einfach aufzupinseln, legt er einen in die Lösung getauchten Wattebausch auf die kranke Stelle auf und fixiert ihn mit einem Verbande.

C. Müller-Genf.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Traumatische Entzündungen.

Zum Kapitel Gewerbekrankheiten, von Max Stern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 33.) Bei fünf Näherinnen resp. Schneidern hat Verfasser folgende Hautveränderungen bemerkt: An den Streckseiten der Unterarme und Hände, besonders an den Handgelenken stellten sich zahlreiche, bis stecknadelkopfgroſse, klare Bläschen auf normaler Haut ein, welche sehr heftiges Jucken verursachten. Der Ausschlag verbreitete sich dann auf Oberarme, Achselhöhle, untere Extremitäten. Niemals trat Nässen oder heftigere Entzündung ein. Therapeutisch konnte nur durch Unnas Sublimat-Karbolsalbe eine Besserung des Juckens und des Ausschlages erzielt werden. Verfasser kommt nach Ausschluſs von andern Dermatosen, speziell Scabies, zu dem Schlusse, daſs es sich um eine Berufsdermatose handelt, ohne daſs es möglich gewesen wäre, eine besondere, diesen Schneidern gemeinsame Schädlichkeit nachzuweisen. Das Leiden unter Ekzem zu rubrizieren, hält Verfasser nicht für angebracht, er bezeichnet es deshalb provisorisch als „bei Schneidern und Näherinnen beobachtetes vesikulöses Exanthem.“ *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine Berufsdermatose der Photographen, von Leopold Freund. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1898. No. 27.) Ein 56 jähriger Photograph bot an den Händen folgendes Bild: Die Haut der Finger besonders an der volaren Seite gleichmäſsig bläulich, hart, schwer faltbar, etwas verdickt; ihre Oberfläche glatt, glänzend, stellenweise glasartig, wie lackiert. Beide Hände kühl und trocken. Subjektiv anfangs Taubsein, Anästhesie, später Gefühl von Spannung und Steifheit, Jucken, Schmerzen. — Diese Affektion konnte dann mehr oder weniger ausgesprochen bei einer gröſseren Zahl anderer Photographen, die mit Metol arbeiteten, festgestellt werden. Dieses ist ein Sulfat des Methylparaamidophenols. Das Metol vermag also eine gesteigerte Verhornung und lokale Asphyxie hervorzurufen. Letztere tritt später hervor, kann also erstere, wie Verfasser meint, nicht bedingen. — Differentialdiagnostisch kommen besonders Perniones und Erythromelalgie in Frage. Perniones sitzen aber mehr am Handrücken, sind nicht so gleichmäſsig ausgebreitet und bewirken stellweise immer stärkere, umschriebene Infiltrationen. Die Erythromelalgie ist auszuschlieſsen, da sie anfallsweise auftritt. — Die Metol-Dermatose heilt nach Fernhalten von dem schädlichen Agens. Prophylaktisch empfehlen die Photographen die angefeuchteten Finger nach dem Entwickeln und Fixieren mit Kochsalz abzureiben und mit frischem Wasser zu waschen. Ob es hilft, sei dahingestellt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über feuchte Einpackungen bei Verbrennungen, von Calliano. (*Il Morgagni.* 1898. No. 4.) Sofort nach der Verbrennung wird die lädierte Hautstelle mit sterilisiertem, frischem Wasser, oder wenn solches erhältlich, mit schwachem Karbol- oder Sublimatwasser abgewaschen. Gegen die Schmerzen der ersten Stunden oder Tage eignen sich am besten Einwickelungen in sterilisierte Gaze, welche in kühles gekochtes Wasser getaucht worden und alle 5—10 Minuten gewechselt werden; statt gekochten Wassers kann auch Borlösung benutzt werden. Haben die Schmerzen nachgelassen, so können die kalten Einpackungen durch solche von Körpertemperatur oder noch wärmere ersetzt werden (bis 40°). Besteht starke Rötung der betreffenden Haut-

partie, so wird eine Salbe gute Dienste leisten (Zinksalbe, WERTHEIMERsche Liniment: Kalkwasser 100, Leinöl 50, Thymol 1). Je mehr die Suppuration abnimmt, um so seltener brauchen die Einpackungen erneuert zu werden und um so weniger dick brauchen dieselben zu sein; schliefslich werden sie durch trockene Verbände ersetzt. Eventuell sind Transplantionen notwendig. Am besten hält sich der Patient während der Behandlung im Bette auf, mit schief oder senkrecht gelagerten Extremitäten, wenn diese befallen sind. Innerlich erhält der Patient Diuretica und Abführmittel; aufserdem mufs der Kräftezustand unterhalten werden. Als Medikament wurde von verschiedener Seite die Belladonna empfohlen (HUTCHENSON).

C. Müller-Genf.

Hautvergiftung durch Primula obconica Hance, von TH. HUSEMANN (*Wien. med. Blätter* 1898. No. 26). Die Primula obconica, eine hübsche Zimmerpflanze, die aus China zu uns herübergebracht ist, ruft, wie seit 1889 bekannt, bei Menschen, die mit ihr zu thun haben, nicht selten Exantheme hervor. Dieselben beginnen an den Fingern und Händen, von wo sie häufig besondes auf das Gesicht übertragen werden; sie treten erst mehrere Stunden nach Berührung der Pflanzen unter starkem Jucken auf und dauern, wenn die Ursache erkannt und beseitigt worden, nur wenige Tage. Im entgegengesetzten Falle können sie durch Monate sich hinziehen. Es können Papeln Bläschen, Erytheme sein; jedenfalls handelt es sich wohl meistens um akute Ekzeme. Erysipelähnliche Bilder kommen vor. Es sind aber auch urticarielle Ausschläge beschrieben. Immun gegen dieses Hautgift scheinen nur wenige zu sein; auch das Erkranktsein immunisiert nicht. Die Blatthaare spielen wohl eine Rolle bei der Entstehung des Exanthems. Die Therapie besteht am besten in einer gründlichen Seifenabwaschung mit Zuhilfenahme der Bürste. Die Hauptsache ist die Prophylaxe, die Vermeidung der Berührung der Pflanze ohne Handschuhe.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über ein künstliches durch eine Primula-Varietät hervorgerufenes Erythem, von DUBOIS-HAVENITH (*Presse méd. belge* 1898. No. 30). Die heftig juckende erythematöse Eruption safs an den Händen, Vorderarmen und im Gesichte und war genau symmetrisch verteilt. Dieselbe trat jedesmal auf, wenn die Patientin mit einer gewissen Primulaart (P. obconica) in Berührung gekommen war.

C. Müller-Genf.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Karbolsäuregangrän, von RICHARD DREWS (*Therap. Monatsh.* 1898. No. 9.) Drei Fälle von Gangrän nach Umschlägen mit 2 bis 3%igem Karbolwasser berichtet Verfasser; nur in einem Falle kam es zu totaler Nekrose der betreffenden Zehe, in den andern handelte es sich um eine mehr oberflächlich verlaufende Gangrän. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Karbolgangrän, von C. STEINMETZ. (*Arch. f. öff. Gesundheitspfl. i. Els.-Lothr.* Bd. 18, Heft 2.) Während zweier Nächte nur war einem Knaben um Zeige- und Mittelfinger der linken Hand ein Umschlag mit 8%igem Karbolwasser umgelegt, am Tage war derselbe entfernt. Und doch trat Gangrän ein, welche die Abtragung eines Teiles des Mittelfingers nötig machte. Vom Zeigefinger war der Umschlag in der zweiten Nacht abgefallen. — Alle Erfahrungen mahnen zur Vorsicht bei der Verwendung von Karbolumschlägen und fordern ein Verbot der Abgabe des Karbolwassers im Handverkauf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verbrennung durch die X-Strahlen, deren Ursache und Verhütung, von CHARLES LESTEN LEONARD-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 2. Juli 1898.) Unter Anführung von 3 Beispielen, 1 Falle von inoperablem Carcinom, 1 von Lupus vulgaris und

einem von Blasenstein, kommt Verfasser, der an dem Universitätsspital von Philadelphia als Assistent sich speziell mit Röntgenphotographie beschäftigt, zu dem Schlusse, daſs bei dieser vorkommende Hautverbrennungen nicht durch die Röntgenstrahlen selbst sondern durch die statischen Ströme verursacht werden, welche in das Gewebe durch das hochgespannte, die Tube umgebende Induktionsfeld eindringen. Auch die therapeutischen Eigenschaften, welche den X-Strahlen zugeschrieben werden, gehören nicht diesen, sondern den genannten statischen Strömen zu, welche in dieser Eigenschaft übrigens schon längst bekannt sind. Die X-Strahlen an sich sind nicht im stande, das menschliche Gewebe zu irritieren, und die Dermatitis, welche Verbrennung durch die X-Strahlen genannt wurde, ist die Folge einer, durch die inducierten statischen Ströme verursachten Gewebsstörung. Der Patient kann völlig vor diesen gefährlichen Einwirkungen des elektrischen Stromes dadurch geschützt werden, daſs zwischen Tube und Patient entweder ein dünnes Aluminiumstück oder ein auf Pappdeckel ausgebreitetes Goldblatt gestellt wird. In dem zweiten und dritten der oben angedeuteten Fälle hat das Weglassen des Aluminiumschirmes bedeutende Brandwunden mit nachfolgender Ulceration verursacht, während Fall 1 bei Anwendung des Schirmes keinerlei Hautstörung zeigte. *Stern-München.*

Durch Röntgenstrahlen hervorgerufene akute Hauterscheinungen, von J. Noir. (*Progrès méd.* 1898. No. 27.) Ein vollständig gesunder junger Mann hatte zu experimentellen Zwecken seinen Handrücken während 17 Minuten den Ausstrahlungen einer Crookesschen Röhre ausgesetzt, welche durch eine, 15 cm lange Funken gebende Rolle in Funktion gesetzt wurde. Acht Tage nach dem Experimente wurde die betreffende Hautstelle violettrot, fühlte sich rauh an und wurde der Sitz lancinierender, jedoch erträglicher Schmerzen. Nach einer zufällig erfolgten Verletzung an der entzündeten Stelle und eingetretener Vernarbung am dritten Tage verbreitete sich die Entzündung über den ganzen Handrücken, die Schmerzen wurden heftiger und anhaltender, die Rötung intensiver, die zentrale Partie der affizierten Hautstelle schwoll an und die Epidermis begann zu desquamieren. Acht Tage nach dem ersten Auftreten der Erscheinungen bildeten sich auf dem Handrücken mit seröser Flüssigkeit angefüllte Bläschen und das Ganze nahm das Bild einer Verbrennung dritten Grades an. Nach drei Wochen war alles zur Norm wieder zurückgekehrt. Die Verf. erklären sich die Erscheinung durch Annahme einer peripheren Neuritis.

C. Müller-Genf.

Neurotische Entzündungen.

Über trophische Hautstörungen bei einer Hysterischen, von Perrin (*Le Marseille méd.* 1. Juni 1898). Es handelt sich um eine 15jährige rheumatisch und neuropathisch belastete Patientin, bei welcher nach einem heftigen Schreck an der linken Hand und dem entsprechenden Vorderarm ein hartes Ödem auftrat, dem ein Ausbruch pemphigusartiger Blasen mit citronengelbem oder serös-eitrigem Inhalte folgte, welche ihrerseits deprimierte Narben zurückließen. Seit 4 Monaten wiederholt sich diese Eruption schubweise. Gleichzeitig bestehen verschiedenartige Sensibilitätsstörungen, während das Allgemeinbefinden vorzüglich geblieben ist. *C. Müller-Genf.*

Herpes zoster facialis s. ophthalmicus mit Hämaturie, von Zangger (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1898, Nr. 14.) Die Eruption erstreckte sich über die rechte Gesichtshälfte (Stirn, Wange und Nase) in Gestalt von 200 bis 300 Bläschengruppen auf gerötetem Grunde; Conjunctivitis ohne Keratitis. Nach einigen Tagen

wird hochgradige Hämaturie konstatiert (keine Cylinder im Harne). Heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen und schwerer infektiöser Zustand mit ziehenden Schmerzen in Gliedern und Gelenken und Auftreten einer kleinen Roseola an den Extremitäten. Sehr lästige sekundäre Neuralgien. *C. Müller-Genf.*

Symptome und Therapie der Gürtelrose, von Alger-New York (*Med. News,* 27. August 1898). Die Besprechung der Symptome und der ätiologischen Theorien bietet nichts Neues. Fast dasselbe gilt für die Behandlung des Zoster. Alger empfiehlt eine Pikrin- und Citronensäurelösung lokal (für das Gesicht schon der Farbe wegen nicht anwendbar; der Ref.), galvanischen Strom und Phenacetin. Die Abhandlung mutet, wie so viele in amerikanischen Zeitschriften, mehr wie ein Artikel aus einem kleinen Lehrbuch für Hautkrankheiten an als wie ein Beitrag in einem periodisch erscheinenden Fachblatt. Hier müfste doch auf das Breittreten so bekannter Thatsachen verzichtet werden. Interessant ist es, dafs Alger einen Patienten beobachtete, der innerhalb eines Jahres zweimal von Zoster befallen wurde, eine nicht sehr häufige Erscheinung. *Hopf-Dresden.*

Akute Exantheme.

Scharlachinfektionen durch die nach Haus zurückkehrenden Scharlachrekonvalescenten, von Millard-Birmingham (*Brit. Med. Journ.*, 3. September 1898.) Seinen Betrachtungen legt Verfasser 4810 Fälle von Scharlachfieber zu Grunde. Darunter kamen 171 Infektionen durch 158 geheilt Heimkehrende vor, also 3,7% „Return-Cases", wie Millard sie nennt, durch 3,4% „Infecting-Cases." Der Ausbruch erfolgte zwischen einigen Tagen bis zu 6 Wochen nach der Heimkehr der Genesenen. Letztere würden gewifs noch mehr Unheil anrichten, wenn sie nicht oft noch zu Haus weiter isoliert würden, wenn nicht vielfach überhaupt die Infektiosität gering und die Disposition der Umgebung für Scharlach oft nicht hinreichend zur Ansteckung wäre. Höchstwahrscheinlich bildet das Cavum der Nase den Schlupfwinkel, von wo aus Infektionen erfolgen können. Den Beweis dafür mufs man der Zukunft überlassen, die wohl den Erreger des Scharlachfiebers entdecken wird. Gerade aber die Unkenntnis desselben erschwert die Feststellung, ob ein Kind noch infizieren kann oder nicht und daher in der Anstalt zurückgehalten werden mufs oder nach Haus geschickt werden soll. Interessant ist die Desinfektion, der jedes geheilte scharlachkranke Kind im Stadtkrankenhaus zu Birmingham nach Millards Verordnungen unterzogen wird: Desinfizierendes Bad mit Karbolseifenabwaschung, Kopfwaschung mit Karbolöl; Haar mit 1promilliger Formalinlösung benetzen, Nase und Ohren mit ½promilliger Formalinlösung ausspritzen, daneben strengste Asepsis der umgebenden Verhältnisse.

Hopf-Dresden.

Zur Therapie der Scharlachnephritis, von Hurwitz. (*Dtsch. med. Wochenschr., Therap. Beilage,* 9. Juni 1898). Verf. erprobte in einem Falle von Scharlachnephritis, bei dem die Ödeme nicht weichen wollten, den von Heim als bestes Diureticum empfohlenen Aderlafs von etwa einem Tassenkopf Blut. Der Erfolg war glänzend. *F. Hahn-Bremen.*

Scarlatina und Morbilli in Budapest seit dem Jahre 1882, von Jubkist. (*Gyógyászat.* 1897. No. 7 und 18.) Verf. machte eine Statistik über Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse von Budapest, welche seit 15 Jahren vorkamen und dies hauptsächlich über Scharlach und Masern, stellt Vergleiche mit den übrigen europä-

schen Grofsstädten und folgert von diesen seine Schlüsse. Wenn sich auch die Verhältnisse der ungarischen Hauptstadt bedeutend gebessert haben, so mufs dennoch behauptet werden, dafs hauptsächlich die Scarlatina in Budapest eine stabile endemische Krankheit bildet, welche zeitweise in Epidemien übergeht. Während der 15 Jahre verging keine Woche, woselbst nicht Scharlach vorgekommen wäre, die wenigsten Fälle wurden im Januar 1885 (13), die meisten im Oktober 1891 (471) angemeldet. Das stärkste Epidemiejahr war das Jahr 1886, in welchem auf 10000 Einwohner 60,5 und das Jahr 1891 mit 52,2 Erkrankungen verzeichnet sind. Eine mittelmäfsige Scarlatinaepidemie herrschte im Jahre 1890 mit 43,7 und im Jahre 1892 mit 41,2 Erkrankungen von 10000 Einwohnern. — Seit dem Inslebentreten der Desinfektionsanstalten, welche im Jahre 1892 errichtet wurden, ist allerdings ein grofser Fortschritt zum Guten zu konstatieren. Folgende Daten zeigen aber noch immer, dafs Budapest bezüglich der akuten Infektionskrankheiten noch immer an letzter Stelle steht; so starben in den Jahren 1890—94 von 10000 Einwohnern an akuten Infektionskrankheiten in Brüssel 14,6, in Berlin 14,9, in Paris 16,2, in Wien 18,3, in London 21,9, in Budapest 31,4. — Welches sind nun die Ursachen dieser Verhältnisse? Verfasser glaubt die Hauptursache und die Hauptquelle der Verbreitung der Infektionskrankheiten in den äufserst schlechten Wohnungsverhältnissen der unteren Volksschichten, andererseits in der nicht genügenden Isolierung der Kranken und Desinfektion der Wohnräumlichkeiten suchen zu müssen. Es ist zwar die Isolierung und die Desinfektion vorgeschrieben und wird auch strenge gehandhabt, aber wie oft kommt es vor, dafs besonders die ärmere Klasse die Krankheitsfälle verheimlicht und dies hauptsächlich aus Kostengründen, es müfste daher für diese Klasse sowohl die ärztliche als die Hospitalsbehandlung eine unentgeltliche sein. Was die Desinfektion anbelangt, so müfste dieselbe nicht nur nach den 6 Wochen geschehen, sondern auch während dieser Zeit. Die in den Krankenzimmern befindlichen Teppiche, Vorhänge, Kleidungsstücke u. s. w. müfsten sofort in die Desinfektionsanstalt geschafft werden und die für den Kranken unbedingt notwendigen Gegenstände wenigstens wöchentlich einmal. Für die Verbreitung der Scarlatina sind auch in erster Linie die Schulen zu betrachten, für deren Sanierung die allgemeine Einführung der schulärztlichen Institution von wichtiger Bedeutung wäre. — Was nun die **Masern** anbelangt, so stehen dieselben in Ungarn, was Volksepidemien anbelangt, an 2. Stelle. So z. B. starben in Ungarn in den Jahren 1892—1895 durchschnittlich jährlich an Diphtherie 16645, an Masern 4033, an Scarlatina 3313, an Typhus 1522 und an Blattern 811 Einwohner, und selbst in Budapest waren Jahre, wo die Sterbefälle an Masern gröfser waren als an Scarlatina. In Budapest wurden vom Jahre 1882—1896 insgesamt 55294 Masernfälle angemeldet, also jährlich durchschnittlich 3686; in diesen 15 Jahren verging kein Jahr, wo nicht eine 1—2 Monate anhaltende Epidemie geherrscht hätte, das Letalitätsverhältnis schwankte zwischen 1,1 %—7,4 %; im September ist die Krankheit am tiefsten, im Mai am höchsten in der Morbiditätskurve, es ist aus diesem zu ersehen, dafs die Masern hauptsächlich eine Schulkrankheit sind, denn nur die grofsen Sommerferien machen den Masernepidemien ein Ende. — Was nun die Eindämmung dieser Krankheit anbelangt, ist die Desinfektion eine überflüssige, welche auch bei uns aufgegeben wurde. Die Isolierung ist zwar von den Behörden vorgeschrieben, in der Form aber, wie dieselbe ausgeführt wird, nicht zweckmäfsig. Die Isolierung mufs auf einer anderen Basis ausgeführt werden. Nachdem die Masern bereits im Inkubationsstadium stark infektiös sind, so mufs der Schauplatz der Mafsregeln in erster Linie in die Schule verlegt werden, es müssen daselbst die nächstsitzenden Nachbarn der an Masern erkrankten Kinder auf wenigstens 8 Tage ausgeschlossen werden. Es müfsten weiters von den Lehrern bei

Maserepidemienzeiten die Kinder, welche Symptome von Unwohlsein zeigen (Kopfschmerzen, Schnupfen, Augenkatarrhe, Husten), auf 5—8 Tage der Schulpflicht enthoben werden. In der Klasse, wo bereits 3—4 Masernfälle vorkamen, müfste der Unterricht sofort sistiert werden und nicht erst die vorgeschriebenen 10% abwarten. Die Unterrichtsstunde für die untere I. und II. Klasse müfste von 8 auf 9 Uhr verlegt werden. Für die Eindämmung der Schulepidemien wäre aber der wichtigste Faktor die Institution der Schulärzte, welche die verdächtigen Kinder untersuchen, die Ausgeschlossenen in ihrem Heime beobachten müfsten, die Reinlichkeit, Ventilation, Heizung und sonstige hygienische Mafsregeln zu kontrollieren hätten. Im Jahre 1894 waren in Budapest 171 Volksschulen, welche blos 634 mal ärztlich untersucht worden, während wenn die Schulen wöchentlich wenigstens 2 mal untersucht worden wären, so würde das 13680 ärztliche Untersuchungen resultieren, denn nur auf diese Art würde dem Ernste und der Wichtigkeit dieser Untersuchungen vollkommen entsprochen werden. *A. Alpár-Budapest.*

Bologninis Masernsymptom, von A. Koeppen. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1898, No. 26.) Bologнini fand bei Masernkindern, auch noch in der Rekonvalescenz folgendes Symptom: Legte er dem auf dem Rücken mit angezogenen Beinen liegenden Kranken beide Hände auf den Leib und übte mit den Fingerspitzen der drei mittelsten Finger abwechselnd rechts und links einen leichten, allmählich sich steigernden Druck auf die Bauchwand aus, so hatte er die Empfindung des Reibens, als ob zwei rauhe Flächen unter den Fingern sich gegeneinander verschöben. Bald war diese Erscheinung an der ganzen Bauchwand, bald nur an einzelnen Teilen fühlbar. Bei Druck und längerer Beobachtung verschwindet sie oft. Sie tritt als allerfrühestes Prodrom, selbst vor dem Schleimhautexanthem, auf und kann das Hautexanthem überdauern. Unter 200 Fällen vermifste Bologнini diese Symptome, das ohne jede peritonitische Reizerscheinung vorübergeht, nur zweimal; gesunde Kinder zeigten dasselbe nur, wenn sie kurz vorher Masern überstanden hatten. — Bologнini führt das Reiben auf ein flüchtiges Exanthem des Bauchfells zurück. Verfasser hat nun 316 Masernkinder auf dieses Symptom untersucht. Er kann die Angaben Bologninis bestätigen, nur fühlte er weniger Reiben als Knistern, wie beim Hautemphysem. Die Erklärung Bologninis acceptiert er nicht, vielmehr nimmt er an, dafs es sich um Darmgeräusche handelt, hervorgerufen durch die Bewegung des mit Luft gemischten flüssigen Darminhalts. Gewöhnlich bestehen auch Durchfälle, besonders schaumige Entleerungen. Pathognomonisch ist das Bologninische Symptom für Masern nicht, da es nur verändertem Darminhalt seine Entstehung verdankt. Auch bei einzelnen Kindern mit krankem Darm ist dasselbe vom Verfasser gefunden worden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Koplik beschreibt als **ein neues bisher noch unbekanntes diagnostisches Zeichen der Roseola** eine dem eigentlichen Masernexanthem selbst um längere Zeit vorausgehende Eruption auf der Mundschleimhaut. Dieselbe lokalisiert sich auf die Mucosa der Wangen und Lippen in Gestalt von kleineren lebhaft roten, unregelmäfsigen Flecken, die in ihrem Centrum eine hellbläuliche Verfärbung zeigen. Diese Eruption geht dem Roseolaexanthem um 24, 48 bis 60 Stunden voraus und sticht gegen die ebenfalls lebhaft gerötete Umgebung deutlich ab. (*Il Morgagni* 6. August 1898).

C. Müller-Genf.

Über das von Koplik als Frühsymptom der Masern beschriebene Schleimhautexanthem, von Slawyk. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 28. April 1898.) In den bei weitem meisten der vom Verfasser beobachteten Masernfälle fanden sich einige Tage vor Ausbruch des Masernexanthems auf der Schleimhaut des Mundes die von Koplik

beschriebenen Flecke, so daſs ihr Auftreten mit Sicherheit in prognostischer und prophylaktischer Beziehung verwertbar erscheint. Beschrieben werden sie als etwa 0,5 mm im Durchmesser haltende erhabene weiſsliche Flecke auf rotem Grunde, welche etwa 6—20 an der Zahl auf der Schleimhaut der Wange in der Höhe der unteren Backzähne sichtbar sind. *F. Hahn-Bremen.*

Über einen Fall von Wiederauftreten eines Masernexanthems 20 Tage nach der ersten Eruption berichtet Oeconome-Pyrgos. Sowohl das Recidiv als das erste Exanthem verlief bei den beiden Kindern in absolut typischer Weise. (*Indépend. méd.* 1898. No. 29.) *C. Müller-Genf.*

Drei Fälle von Masernrecidiv in einer Familie, von K. Fischer. (*Correspondenzbl. f. Schweiz Ärzte.* 1898. No. 18.) 1. Vier Jahre altes Kind zeigt den 9. März nach üblichen Prodromen ein Masernexanthem, welches den 20. März abgeblaſst ist. Den 26. März Fieber, Halsschmerzen, Rötung der Mandeln, Wiedererscheinen des Exanthems auf der schuppenden Haut, welches bis zum 4. April sichtbar bleibt. 2. 8jährige Schwester des vorigen. Den 10. März Masernexanthem, welches den 18. März unter lebhaften Allgemeinerscheinungen, nachdem es schon abgeblaſst, wieder hervortritt. Stellenweise haben die Flecke jetzt hämorrhagischen Charakter. Allmählich bildet sich eine Rachendiphtherie aus, welcher das Kind erliegt. 3. Einjährige Schwester der vorigen. Den 15. März Masernexanthem, welches den 28. März unter Fieber und Halserscheinungen recidiviert. Die Flecken konfluieren zum Teil, zum Teil sind sie hämorrhagisch. Prophylaktische Diphtherieseruminjektion. Heilung. — Das Recidiv trat also unter schwereren Erscheinungen als das erste Exanthem zwischen dem 13. und 18. Tage auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Schulhygienische Reformen bei Masern, von J. Widowitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 36.) Verfasser kommt betreffs der Prophylaxe von Masernepidemien zu folgenden Schlüssen: 1. Wenn in einem Orte die Masern noch nicht epidemische Ausbreitung erlangt haben, ist jene Schulklasse, in welcher ein Fall von Masern vorgekommen ist, vom 9. bis 14. Tage nach dem Bekanntwerden der ersten Erkrankung zu schlieſsen. Die innerhalb dieser Zeit erkrankten sind genau zu isolieren und zu beobachten. Die Eltern und Pflegeeltern jener Schüler, in deren Klasse der Fall vorgekommen ist, sollen aufgefordert werden, innerhalb der genannten fünf genau zu bezeichnenden Tage ihre Kinder von jedem Verkehr mit anderen Kindern fernzuhalten. Haben die Masern bereits eine epidemische Ausbreitung gewonnen, haben diese Anordnungen keine Gültigkeit. 2. Wohnungsgenossen von an Masern Erkrankten dürfen die Schule dann besuchen, wenn sie sich durch ein vom behandelnden Arzte sofort nach abgelaufener Erkrankung oder von der kompetenten Sanitätsbehörde auch später ausgestelltes Zeugnis ausweisen können, daſs sie die Masern bereits überstanden haben. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Phototherapie bei den Masern, von Chatinière-Saint Mandé. (*Presse méd.* 1898. No. 75.) Verfasser berichtet über vier Fälle von Masern, wo die Phototherapie (Verschluſs sämtlicher Fenster durch rote Vorhänge, Vermeiden jeder künstlicher Beleuchtung) wirklich auffallend günstigen Erfolg hatte. Bei dem einen dieser Fälle war dieser Einfluſs besonders deutlich: das Exanthem war mit allen Begleiterscheinungen in aller Intensität ausgebrochen und sofort wurde die Phototherapie in der angegebenen Weise verordnet; dieselbe hatte einen sozusagen augenblicklichen Erfolg zu verzeichnen, indem sämtliche Symptome zurückgingen. Den Klagen des kleinen Patienten nachgebend, entfernte man die roten Vorhänge, was aber ein so-

fortiges Wiederauftreten der Eruption mit Fieber, Bronchitis, Conjunctivitis etc. zur Folge hatte. Als sodann der Patient wieder in die rote Dunkelheit versetzt wurde, verschwand die Affektion definitiv. Bei den drei anderen Fällen verlief die ganze Krankheit innerhalb 4 bis 5 Tagen, die Desquamationsperiode beinahe unbemerkt.

C. Müller-Genf.

Zur Polymorphie und Differentialdiagnose der Rubeola, von TOBEITZ. (*Arch. f. Kinderheilk.*, Band XXV.) Der Verfasser weist darauf hin, wie wichtig die Diagnose der Röteln schon deshalb ist, weil durch Verwechslung der Röteln mit Masern und Scharlach die Klarheit der Anschauungen über diese Krankheiten beeinträchtigt wird. Er bespricht ausführlich die Symptomatologie der Rubeola mit Hervorhebung der differentialdiagnostischen Momente und kommt dann auf die von TSCHAMER als „örtliche Röteln" beschriebene Variation zu sprechen, die er selbst mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte. Diese Form unterscheidet sich nur durch das Exanthem von der gewöhnlichen Rubeola: es treten immer zuerst im Gesicht grofse rote Flecken auf, die sich von hier aus auf die Extremitäten ausbreiten, der Rumpf bleibt zumeist frei; das Exanthem dauert 8 bis 9 Tage. Bezüglich des Inkubations- sowie des Prodromalstadiums und des weiteren Verlaufs stimmt diese Form mit der gewöhnlichen überein. Auf Grund seiner Erfahrungen hält es der Verfasser für erwiesen, dafs diese Art mit der gewöhnlichen identisch ist, sie hat mit Erythema exsudativum multiforme oder mit Erythema toxicum nichts zu thun. Dagegen beweist sie auch ihrerseits die grofse Variabilität der Röteln.

Götz-München.

Zur Behandlung der Variola mit Ichthyol, von ERNST HOERSCHELMANN. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1898. No. 32.) Nach einer Rekapitulierung einer grofsen Zahl der zur äufseren Anwendung bei Variola empfohlenen Heilmittel berichtet Verfasser über einen mit 20% Ichthyolcollodium behandelten Fall, bei dem die Wirkung auf die Abflachung, Eintrocknung und Abheilung der Pusteln eine eklatante war. Zu gleichen Resultaten war KOLBASSENKO gekommen, der im ganzen 27 Variolakranke mit einer 10%igen Ichthyolsalbe vom Beginne der Eruption ab am ganzen Körper einreiben liefs. Eine kontrollierende Behandlung führte KOLBASSENKO zu den Schlüssen: 1. Ichthyol vermindert das Jucken beim Auftreten der Papeln und Pusteln; 2. Ichthyol setzt das Fieber herab; 3. die Eiterung wird sichtbar und plötzlich unterdrückt; 4. das Stadium der Eiterung und Abstofsung der Borken wird um 3 bis 4 Tage abgekürzt; 5. es kommt keine wesentliche Entzündung des Unterhautzellgewebes vor; 6. die Ichthyoleinpinselungen werden sehr gut vertragen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Einwirkung der Impfung auf das Blut, von BILLINGS-New York. (*Med. News.*, 3. September 1898.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Durch die Impfung tritt eine mäfsige, aber deutliche Leukocytose auf, deren Maximum mit dem Höhepunkt der Pustelentwickelung zusammenfällt. Es ist eine einfache entzündliche Leukocytose. Die Impfung hat auf die Zahl der roten Blutkörperchen keinen Einflufs, auch nicht auf deren Hämoglobingehalt. PFEIFFERS einzellige Wesen und REEDS amöboide Körper im Blute Geimpfter konnte BILLINGS nicht nachweisen.

Hopf-Dresden.

Die statistischen Beweise des Impfschutzes, von JOSEF v. KÖRÖSI. (*Pester med.-chir. Presse.* 1896.) In klarer Auseinandersetzung, gestützt auf statistische Daten legt Verfasser die für die Bedeutung der Impfung ins Feld zu führenden Argumente dar. Er führt zunächst den Nachweis, dafs die Pocken seit der Impfung zurückgegangen (historischer Beweis), dafs in den Ländern um so weniger an Blattern

erkranken, je energischer geimpft wird (geographischer oder internationaler Beweis), dafs die Geimpften seltener an Blattern erkranken (Morbiditäts-Problem), in geringerer Zahl an Blattern sterben (Mortalitäts-Problem), und endlich dafs die bei Geimpften vorkommenden Blatternfälle leichter verlaufen, seltener zum Tode führen (Letalitäts-Problem). Betreffs der Berechtigung eines Impfzwanges sagt Verfasser, dafs dazu der Nachweis nötig sei, dafs die Nichtgeimpften auch für die Geimpften die Gefahr der Erkrankung erhöhen, also „gemeingefährlich“ sind. Statistische Daten hierüber kann er noch nicht vorlegen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Impfschutz und Variolavaccine, von L. Voigt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 32.) Die Behauptung von Böing, dafs der Impfschutz nur kurze Zeit dauere, und diese kurze Dauer nach dem Wiederaufleben der vaccinalen Reaktion bei den in der Kindheit Geimpften zu bemessen sei, ist unrichtig. Wenn auch die vaccinale Reaktion bei einstmals Geimpften von Jahr zu Jahr wächst, so bleibt doch bis in ein hohes Lebensalter hinein der Wiederimpfungspustel ein von der Erstimpfungspustel verschiedenes Aussehen in Folge eines Restes des aus der Kindheit stammenden Impfschutzes bei den Wiederimpflingen. — Bei den einstmals Gepockten unterscheiden sich die vaccinalen Eruptionen durch nichts von den Efflorescenzen der Revaccination bei einstmals Geimpften. Das Wiederauftreten vaccinaler Reaktion ist also weder ein Beweis für das Erlöschen oder Aufhören des Impfschutzes noch des Pockenschutzes. Das Kontagium wird von diesen Immunisierten nicht völlig abgewiesen, ist aber nicht imstande, sich in allen seinen Eigenschaften zu entwickeln. — Der Impfschutz einer Bevölkerung nur durch die Erstimpfung bietet das folgende Bild der Seuche. Der Altersjahrgang 0—1 Jahr erleidet den Tod vieler noch nicht vom Impfschutz erreichter Kinder. Die Altersgruppe 1—5 Jahre den Tod mancher Impfrestanten. Die völlig durchgeimpfte Klasse 5—10 Jahre hat wenige Erkrankungen leichter Art, keine Todesfälle, die Klasse 10—20 Jahre manche Fälle der Variolois fast ohne Tote. Die Klasse 20 hat Variolois- und Variolafälle, welche mit dem fortschreitendem Alter immer schwerer verlaufen und immer mehr Todesfälle bedingen. — Kommt der Impfung die Wiederimpfung zu Hülfe, so bleibt nicht nur die Altersklasse 0—10 Jahre, sondern auch die Klasse 10—20 Jahre fast ganz ohne Erkrankungen, und die Impfung der in das Militär eintretenden Männer rückt das Erkrankungsalter um weitere zehn Jahre hinaus. — Seit 1882 ist in Hamburg der Impfschutz derartig gesteigert, dafs die 12jährigen Wiederimpflinge seit dem Jahre 1893 nicht nur in der Impfanstalt, sondern auch bei den Distriktsärzten mit auffallend geringem Erfolge revacciniert werden. — Da es Lymphestämme von verschiedener Kräftigkeit giebt, bleibt es in Zukunft die Aufgabe der Impfanstalten, neue Stämme der Variolavaccine zu gewinnen, gleichzeitig auch den Impfstoff auf seinen Gehalt an Mikrobien zu prüfen, obgleich die Glycerinlymphe sich selbst von den Mikrobien zu reinigen pflegt, besonders wenn man den Impfstoff für kurze Zeit mäfsig erwärmt. *I. Bloch-Berlin.*

Bemerkungen zur Impfstofffrage, von Landmann. (*Hyg. Rundschau.* 1898. No. 5.) Verfasser bespricht die von P. Frosch mitgeteilten Ergebnisse der Untersuchungen, welche von der „Kommission zur Prüfung der Impfstofffrage“ vorgenommen wurden. Danach hat die Kommission die Angaben des Verfassers bestätigt, dafs der Keimgehalt der Lymphe in sehr weiten Grenzen schwankt, dafs sich oft pathogene Bakterien in der Lymphe finden, dafs durch die von Landmann zuerst zielbewufst angewandte streng antiseptische Methode der Keimgehalt der Lymphe sehr wesentlich verringern läfst und eine solche z. B. von der Firma Merck hergestellte Lymphe völlig keimfrei sein kann. Nicht widerlegt hat die Kommission die Behauptung des Verfassers, dafs staphylokokken- und streptokokkenhaltige Lymphe stärkere Reizerscheinungen macht. *I. Bloch-Berlin.*

Notiz zu den Bemerkungen des Herrn Dr. Landmann zur Impfstoffrage, von Frosch. (*Hyg. Rundschau.* 1898. No. 5.) Verfasser weist die Annahme, dafs die Berufung der Impfstoffkommission durch die Publikationen des Dr. Landmann veranlafst sei, zurück und betont als Hauptresultat der Kommissionsarbeiten, dafs die Reiz- und Entzündungserscheinungen bei der Impfung nicht durch die in der Lymphe enthaltenen Keime verursacht werden. *I. Bloch-Berlin.*

Über den Keimgehalt animaler Lymphe, von M. Kirchner. (*Zeitschr. f. Hygiene.* Band 24.) Verfasser hat die Angaben Landmanns, der bei seinen Untersuchungen bis 2½ Millionen Keime in 1 ccm animaler Lymphe, darunter öfter pathogene Bakterien (Strepto- und Staphylokokken) fand, nachgeprüft und dieselben nicht bestätigen können. Die Lymphproben enthielten 3 bis 4 Monate nach der Abnahme fast ausnahmslos weniger als 100 Keime in 1 ccm, so dafs, da 1 ccm Lymphe ungefähr 100 Impfportionen entspricht, die auf einen Impfling kommende Menge durchschnittlich weniger als einen Bakterienkeim enthielt. — Auf den Platten wuchsen meistens Kolonien von Schimmelpilzen und Hefen, einige harmlose Bakterien, niemals Streptokokken und Staphylokokken. Der Tierversuch ergab ebenfalls negatives Resultat, so dafs Verfasser den Schlufs zieht, dafs die Bakterienkeime in der Lymphe sämtlich harmlosen Saprophyten angehören und auf den Verlauf der Reaktionserscheinungen nach der Impfung ohne Einflufs sind. *I. Bloch-Berlin.*

Zur Impfaseptik, von L. Fürst. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 34.) Verfasser plaidiert für den von ihm angegebenen Impfverband. *F. Hahn-Bremen.*

Idioneurosen.

Über Pruritus als ein Symptom der Paralysis progressiva, von A. Sarbó. (*Orvosi-Hetilap.* 1897. No. 28.) Der Pruritus als Begleitsymptom der Paralysis progressiva ist sowohl von den Dermatologen als auch von den Neurologen bis jetzt noch nicht gehörig gewürdigt worden; dessen Ursache mag wohl darin liegen, dafs der Pruituskranke im noch nicht erkannten Anfangsstadium der Paralysis progressiva den Dermatologen aufsucht, und erst später, wenn bereits gröfsere psychische Ausfallserscheinungen eintreten, den Neurologen, wo bereits der Pruritus verschwunden ist oder derselbe dem Kranken im Stadium der geistigen Abgestumpftheit bereits keine besonderen Unannehmlichkeiten bereitet. — Verfasser hatte Gelegenheit, zwei derartige Fälle zu beobachten. I. Fall: Ein 35jähriger Kaufmann ist bereits seit 1½ Jahren erkrankt. Vor Jahren machte er Syphilis durch, gegen welche er eine Schmierkur anwendete. Der Kranke zeigt die Zeichen einer schweren nervösen Erkrankung, ist sehr vergefslich. Seit Beginn seiner Erkrankung besteht ein auf den ganzen Körper, hauptsächlich im Gesicht und auf dem Kopfe ausgebreitetes Juckgefühl, welches derartig heftig ist, dafs er sich blutig kratzt. Dermatologen haben den Kranken ohne Erfolg behandelt. Erst die Neurologen diagnostizierten eine progressive Paralyse; es wurde bei ihm Franklinisation angewendet, worauf sich das Jucken bedeutend milderte, später aber recidivierte. Vorige Behandlung konnte stets eine bedeutende Besserung erzielen. Mit der Zeit verschlimmerte sich stets der psychische Status, wogegen der Pruritus an Intensität im gleichen Schritte abnahm. — Beim II. Falle, einem 40jähr. Lithographen, der vor Jahren ebenfalls an Syphilis litt, konnten auch die Symptome der progressiven Paralyse konstatiert werden. Seit ½ Jahre besteht ein mächtiges Jucken, welches hinter den Ohren beginnt und sich auf den ganzen Körper verbreitet. Therapie ebenfalls Franklinisation, nach einmonatlicher Behandlung Besserung. Später

trat wieder Verschlimmerung ein mit Steigerung der Reizungserscheinungen. Der weitere Verlauf ist nicht bekannt. — Verfasser ersieht aus diesen 2 Fällen einen bestimmten Zusammenhang des Pruritus mit der progressiven Paralyse. Mit der Besserung der allgemeinen Symptome, bei Intermissionen der Paralyse bessert sich auch das Jucken; bei Ausfall der kortikalen Erscheinungen lassen auch die Reizungserscheinungen, zu welchen auch der Pruritus zu zählen ist, nach. Verfasser befafst sich nun mit der anatomischen Lokalisation dieser Erkrankung. Der allgemeine Pruritus, ohne sichtbare Veränderungen an der Haut, ist auf zweierlei Weise zu erklären: 1. kann im Blutstrom ein Vehikel cirkulieren, welches auf die Hautnerven einwirkend dieselben reizt und so den Pruritus hervorruft; 2. kann die Ursache des Pruritus im Centralnervensystem liegen, von wo nach aufsen auf die Hautfläche die Empfindungen projiziert werden. — Erstere Ursache war bei den Kranken auszuschliefsen, so ist vielmehr die zweite Annahme berechtigt. Nebst anderen mit anderen kortikalen Erkrankungen vergleichbaren Symptomen wird die letztere Annahme am besten dadurch illustriert, dafs, abgesehen von den vorher beschriebenen Symptomen, mit dem Zugrundegehen der Kortikalsubstanz auch der Pruritus verschwindet, obzwar es per absolutum nicht bestimmbar ist, dafs der Pruritus blofs von der Erkrankung der Kortikalsubstanz abhängig ist, es können wohl auch andere Ursachen vorhanden sein. Allerdings kann diese Hypothese nicht abgewiesen werden, es sind darüber weitere Untersuchungen zu pflegen. *A. Alpár-Budapest.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Pediculosis, von Geber. (*Eulenburgs Realencyclop.* Bd. 18.) Beim Menschen werden 2 Gattungen von Läusen unterschieden: 1. Pediculus und 2. Phthirius. Die erste Gattung zerfällt in Pediculi capitis und vestimentorum. Die Kopflaus hat eine Länge von 1—2 mm. Das Weibchen ist etwas gröfser als das Männchen. Der Pediculus capitis ist kleiner als die Kleiderlaus und ist durch die dreieckige Form seines Kopfes erkennbar. Seine Farbe ist grau mit schwärzlichen Rändern, doch wechselt die Färbung je nach der der betreffenden Menschenrasse. Bei den Eskimos ist die Kopflaus weifs, bei den Negern schwarz, bei den Chinesen gelbbraun. Das hatte mehre Forscher dazu geführt, einige Unterarten von Kopfläusen anzunehmen. Die Vermehrung geschieht lebhaft. Das Weibchen legt 50—60 Eier. Aus den an den unteren Rand der Haare angeklebten Eiern kriechen nach 6 Tagen schon die Jungen aus, die in 17—20 Tagen fortpflanzungsfähig werden. Diese Fruchtbarkeit und die Resistenz der Nisse gegen alle Therapie macht das lange Bestehen ausgebreiteter Pediculosis capitis erklärlich. Die Folge des Kratzens sind Pusteln und Knötchen, Sekretborken und nässende Stellen. Alles zusammen giebt schliefslich das Bild des von den Alten so wohlbehüteten und ihnen geläufigen Weichselzopfes. Die Plica polonica ist aber ausschliefslich eine Folge der Ansiedlung ungezählter Kopfläuse in den Haaren. Die Reizzustände, die durch diese Schmarotzer und dann durch das Kratzen gebildet werden, führen zuweilen zu Halsdrüsenschwellungen und -Vereiterungen. Früher sah man diese als Zeichen von Scrophulose oder Syphilis an. Ekzeme an der Haargrenze, Blepharitis und Conjunctivitis können in Pediculosis ihre Ursache haben. Solche Leiden bestehen in wohlhabenden Kreisen oft lange Zeit, ohne dafs der behandelnde Arzt an das Vorhandensein von Kopfläusen denkt. Therapeutisch ist Petroleum das souveräne Mittel. Es empfiehlt sich, ihm als Geruchscorrigens Perubalsam zuzusetzen. Zweimaliges Einreiben genügt zur Tötung aller Parasiten. Die zweite Aufgabe der Therapie ist die Behandlung der artefiziellen Ekzeme. Die Beseitigung der an den Haaren festhaftenden Nisse erfordert mehrmalige gründliche

mechanische Reinigung mit Sodalösungen. — Die Kleider- oder Körperlaus ist 2—3 mm lang und 1—1,5 mm breit. Ihre Farbe ist ein schmutziges Grau, manchmal mit einem gelblichen Farbenton. Das zweite Glied der Fühler ist verlängert und mit feinen Härchen besetzt. Thorax und Abdomen sind deutlich getrennt. Letzteres, spärlich behaart, zeigt 8 Segmente. Nach Giebel trägt jede Tibia am Ende einen Chitinstift, der mit Borsten umgeben ist. Die Männchen sind kleiner und an Zahl geringer wie die Weibchen. Letztere legen 70—80 Eier. Die nach 3—8 Tagen auskriechenden Jungen werden nach 15—18 Tagen geschlechtsreif. Es steht so ziemlich fest, daſs diese Läuse sich in den Kleidern aufhalten, ihre Nahrung aber aus dem Körper beziehen. Geber führt, um das zu beweisen, mehrere Experimente an: die Tiere starben, wenn sie in Absceſshöhlen gebracht wurden. (Wie ist es aber mit der Lebensfähigkeit auf der Haut? Der Ref.) Im Momente, wo die Kleiderlaus ihren Saugrüssel in die Haut vorschiebt, empfindet der Träger einen geringen Stich, der jedoch sofort wieder aufhört. Ist der Körper der Laus mit Blut vollgesaugt, wobei er intensiv rot geworden ist, so läſst diese los, und der Träger hat eine Zeit lang Ruhe. Um den hämorrhagischen Einstichpunkt entwickelt sich nun eine Quaddel, die stark juckt. Das Jucken hält so lange an, bis die Eruption gänzlich zerkratzt ist. Die Folge davon ist eine Krustenbildung. Beim Vorhandensein vieler Parasiten werden die Juckreflexe stärker, und die Patienten zerkratzen sich auch an Stellen, wo gar keine Pediculi gesessen haben. Charakteristisch ist dabei die Lokalisation entsprechend den Falten der Kleidungsstücke. Dauert der Zustand monatelang, so erstrecken sich die Kratzeffekte auf den ganzen Körper, und es gesellen sich Sekundärefflorescenzen wie Pusteln, Furunkel, Geschwüre und Ekzeme hinzu. Dazwischen zerstreut finden sich auch als Zeichen regressiver Entwickelung Narben und Pigmentationen. Letztere können so überhandnehmen, daſs die gesamte Körperoberfläche braun beziehentlich schwarz aussieht. (*Hebras Atlas*. V. Tafel XI.) Derlei Patienten sind einem wahren Siechtum verfallen und werden zuweilen ganz und gar marantisch. Die Therapie ergiebt sich aus den Symptomen von selbst. — — Die zweite Gattung der Läuse repräsentiert der Phthirius *κατ᾽ἐξοχήν*, oder Phthirius inguinalis, Morpis oder Pediculus pubis. Der Kopf gleicht dem hinteren Teile einer Violine und ist durch eine Art Hals mit dem Rumpf verbunden. Die fünfgliederigen Fühler sind alle von gleicher Länge. Thorax und Leib sind nur durch eine seichte Furche getrennt. Ersterer ist breiter als das Abdomen. Dieses, herzförmig, hat 8 Segmente. An den hinteren Segmenten sitzen seitlich je vier bewegliche, fleischige Wärzchen, die am unteren Ende borstige Haare tragen. Die zwei ersten Füſse sind zart und haben am Ende eine kleine Kralle, die anderen stärkeren einen Stachel, der mit dem Tarsus zur Zange wird. Das männliche Tier ist 0,8—1,0 mm lang und 0,5—0,7 mm breit. Das Weibchen ist um 1—1,5 mm gröſser. Die birnförmigen Eier hängen mittelst einer Chitinscheide an den Haaren fest; nach 6—7 Tagen kriechen aus ihnen in 15 Tagen fortpflanzungsfähige Junge aus. Meist geschieht die Übertragung der Parasiten durch den Coitus, weshalb auch die Pubes die Prädilektionsstellen ausmachen. Von hier aus kriechen die Tiere auf die übrigen mit Haaren versehenen Körperstellen über. Zuweilen nisten sie sich hier auch primär ein, besonders bei Kindern an den Cilien. Kleider, Wäsche und Bettzeuge vermitteln ebenfalls die Ansteckung. Das Jucken, welches die Tiere hervorbringen, dauert an, wenn es auch nicht besonders stark ist. Quaddeln und Pusteln fehlen. Ekzem und Dermatitis stellen sich sekundär natürlich auch ein. — Pathognomisch für Phthiriasis sind die Maculae caeruleae, die Tâches ombrées der Franzosen. Nach manchen Autoren lassen sich dieselben nur im Frühjahr und Herbst nachweisen. Diese stahlblauen, unter dem Fingerdruck kaum abblassenden Flecke von der Gröſse eines kindlichen Fingernagels wurden zuerst von

Falot und Mourson mit den Pediculi pubis in Verbindung gebracht. Daget (1880—1882) wies nach, dafs die Flecke durch das Sekret der am Bauch des Tieres vorhandenen Speicheldrüsen, wenn es in die verletzte Haut eindringt, erzeugt werden. Gerber vermag dies nicht zu bestätigen. Einreiben von grauer Salbe tötet die Morpiones, erzeugt aber leicht Ekzem. Da dies nun auch Juckreiz verursacht, wird dann oft aufs neue graue Salbe gebraucht, wodurch das Ekzem nur immer stärker wird. Gerber empfiehlt das Petroleum oder Perubalsam, allein oder in Kombination. Thomas (Californien) rät lebhaft den Äther an. Hebras Verdienst ist es gewesen, die Existenz einer Läusesucht ins Reich der Fabel gewiesen zu haben. Der Terminus technicus Phthiriasis kann aber ruhig beibehalten werden. *Hopf-Dresden.*

Über Tätowierung, deren Geschichte, Art der Einführung und Entfernung, von Ross Hall Skillern-Philadelpia. (*Philadelphia med. Journ.* 18. Juni 1898.) Einleitend bespricht Sk. die Geschichte der Tätowierkunst, welche schon 3000 Jahre vor Christus in China ausgeübt wurde und zu den Gebräuchen von meist wenig zivilisierten Völkern gehörte, in geringerem Grade aber auch bei Kulturvölkern Eingang fand; in Japan erreichte diese Kunst ihre höchste Vollkommenheit, hatte hier aber keinen zeremoniellen, sondern rein kosmetischen Wert, nach Baelz wurden im Jahre 1885 in Tokio 30000 Leute tätowiert. Aber auch in Amerika und Europa ist in manchen Ständen (Soldaten, Matrosen, Handwerkern) die Gewohnheit, ein bestimmtes Zeichen sich einätzen zu lassen, eingerissen, und später tritt dann oft der Wunsch nach Entfernung desselben auf. Dazu sind verschiedene Mittel empfohlen worden; die angenehmste, wirksamste und am wenigsten schmerzhafte scheint Sk. die Anwendung von Glycerolpapayin zu sein. Nach streng antiseptischer Reinigung der betreffenden Hautstellen werden dieselben mit Äthylchlorid anästhetisch gemacht, eine genügende Menge Glycerolpapayin aufgeschüttet und dann mit feinen aseptischen Nadeln so weit eingestochen, dafs nur eine geringe Menge Blutes kommt, das Mittel aber doch in die tätowierten Stellen eindringen kann. Diese Prozedur wird mehrmals wiederholt und dann ein Verband mit obiger Flüssigkeit, Gaze und Heftpflaster gemacht, welcher 2—3 Tage liegen bleibt. Nun wird blofs Heftpflaster aufgelegt, nach nochmals 2—3 Tagen sieht die Haut einer leichten Brandwunde gleich und die Zeichen sind kaum mehr zu unterscheiden, mit dem Abfall der über den Nadelstichen entstandenen Krusten aber meist völlig verschwunden. Bei sehr dichter Tätowierung mufs die ganze Behandlung ein zweites Mal vorgenommen werden.

Stern-München.

Mifsbildungen.

Ein seltenerer Fall von regionärer Atheromcystenbildung (Molluscum atheromatosum Kaposi), von M. Osztermayer. (*Gyógyászat.* 1897. No. 25.) Der 31jährige Patient giebt an, dafs sich vor 6 Jahren auf dem Scrotum kleine Geschwülstchen entwickelten, welche seit dieser Zeit sowohl an Gröfse als auch an Zahl zugenommen haben. Vor 4 Jahren machte er in einem Militärhospital wegen dieses Leidens eine Schmierkur mit, obzwar er nie venerisch erkrankt war. Das ganze Scrotum ist mit zahlreichen dichten, haselnufs- bis stecknadelkopfgrofsen Geschwülstchen bedeckt, die prall gefüllt sind, deren Inhalt gelblich-weifslich durchschimmert. Die gröfsten Geschwülstchen befanden sich vorne und hinten parallel in der Richtung der Raphe, währenddem sie sich seitwärts stets verkleinerten. Die gröfseren Geschwülstchen wurden vorsichtig ausgelöst, die kleineren mit dem Paquelin zerstört. Nach einem Monate waren zwar einige neugebildete Geschwülstchen vorhanden,

welche wieder mit dem Paquelin zerstört wurden. Nach einem halben Jahre stellte sich der Kranke wieder vor, es waren keine Geschwülstchen mehr aufgetreten. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülstchenwände und deren Inhaltes ergab das typische Bild der gewöhnlichen Atheromcysten. *A. Alpár-Budapest.*

Cerebrale Diplegie und Naevus hypertrophicus, von Bermoud. (*Lyon méd.* 1898. No. 32.) Es handelt sich um eine 20jährige, schwachsinnige Patientin, welche seit 17 Jahren an einer cerebralen Diplegie und seit dem 19. Lebensjahre an Epilepsie leidet. Der Naevus umfaſst die ganze linke Gesichtshälfte und den oberen Teil des Halses, ferner das Zahnfleisch, die Zunge und das Gaumensegel; die Oberlippe und die linke Wange ist angeschwollen und hängt bis auf das Kinn herunter; heine Rhagaden oder Ulcerationen. Der Oberkiefer und der entsprechende Teil des Unterkiefers ist beträchtlich hypertrophiert. *C. Müller-Genf.*

Über den Bart der Mannweiber (Viragines), von Brandt. (*Biolog. Centralbl.* Bd. XVII. No. 6.) Der Verfasser hält den Bart des Mannes für ein progressierendes, erst vor relativ kurzer Zeit erworbenes, sekundäres Geschlechtsmerkmal des Mannes, in dessen Besitz viele Völker nicht oder noch nicht gekommen sind. Er ist ferner der Ansicht, daſs die Entwickelung des Weibes im Laufe der Zeiten zur Gleichheit mit dem Manne auch in Bezug auf den Bart führen wird, daſs es sich also beim Barte der Weiber um eine im Entstehen begriffene Acquisition des weiblichen Geschlechtes handelt, die übrigens auch heute schon gar nicht selten ist. Weibliche bärtige Individuen, Viragines, gehören in die Kategorie der arrhenoiden (männchenähnlichen) Weibchen, gleich den hahnenfedrigen Vogelweibchen, gleich den ein Geweih aufsetzenden Hirschkühen; sie sind gleich diesen prophetische Individuen.

Götz-München.

Über die sogenannten Hundemenschen, bezw. über Hypertrichosis universalis, von Brandt. (*Biolog. Centralbl.* Bd. XVII. No. 5.) Der Verfasser deutet die Behaarung der Hundemenschen, von denen er zwei Repräsentanten, den Adrian Jewtichjew und dessen Sohn Fedor, beschreibt, als stehen gebliebene, weiter auswachsende Lanugo foetalis, und zwar sind nach seiner Ansicht die Haare aller Körperregionen Fontalflaum, die Hundemenschen besitzen demnach überhaupt kein Sekundär- oder Maturitätshaar. Der Verfasser hält die Anomalie für eine Hemmungsbildung, die auf einer Entwickelungsschwäche des Hautsystems beruht: die Haut hat gleichsam nicht die Kraft, die embryonalen Haare auszustoſsen und durch neue, an gewissen Stellen sich differenzierende zu ersetzen. Die Annahme eines formativen Schwächezustandes ermöglicht auch eine Erklärung der bekanntlich mangelhaften Zahnbildung der Hundemenschen. Die Schleimhaut der Mundbucht stellt genetisch eine Fortsetzung des äuſseren Integuments dar; Haare und Zähne, die der Verfasser auch sonst für homologe Gebilde hält, entsprossen demnach demselben Boden. Die Schwäche desselben bei den Hundemenschen läſst auch die ursprünglich wohl normal angelegten Zähne nur teilweise und spät und in mehr oder weniger verkrüppeltem Zustande herauswachsen. Die fötale Behaarung geht nach Ansicht des Verfassers auf die Ursäuger, die Promammalien zurück. Der Verfasser schlägt daher für die Behaarung der Hundemenschen die Bezeichnung Hypertrichosis lanuginosa embryonalis promammalica vor. Zu unterscheiden von dieser ist die gewöhnliche Hypertrichosis in ihren verschiedenen Graden, die eine übernormale formative Hautthätigkeit darstellt und auf eine uns zeitlich viel näher liegende Entwickelungsetappe zurückgeht (Hypertrichosis mammalica, resp. anthropoidea). *Götz-München.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Bemerkungen über die Technik der Analyse kleiner Urinmengen, wie man sie durch den Ureterenkatheterismus erhält, von Sondern. (*New York med. Journ.*, 6. März 1897.) Als kleinste Menge Urins, die noch vollständig untersucht werden kann, verlangt Verfasser 6—10 ccm. Es wird zunächst spezifisches Gewicht genommen, dann centrifugiert und das Sediment mikroskopisch untersucht. Nun werden zwei Kontrolleiweifsbestimmungen mit je 1 ccm Urin gemacht, 1 ccm dient zur Bestimmung des Harnstoffs, $^1/_2$ zur Untersuchung auf Zucker und der Rest zur annähernden Schätzung der Chloride. *F. Hahn-Bremen.*

Beitrag zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes im Harne und über ein neues Urometer für geringe Harnmengen, von A. Jolles. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 8.) Verfasser findet, dafs durch die im Handel vorkommenden Urometer ziemlich fehlerhafte Bestimmungen des spezifischen Gewichtes gemacht werden, welchen Umstand er mit einer vergleichenden Tabelle illustriert. Als Hauptfehler betrachtet er das unrichtige Ablesen, welches durch zu kleine Abstände der Teilstriche entsteht. Dieser Fehler läfst sich nur durch Vergröfserung des Abstandes der Teilstriche vermindern, und zwar indem wir durch Abplatten der Röhre den Querschnitt derselben vermindern, wodurch erreicht wird, dafs die Kapillaranziehung des Harnes an der vorderen geraden Fläche regelmäfsiger vor sich geht als an den üblichen kreisrunden Röhren und daher bei dem Ablesen nicht so störend wirkt wie bei diesen. Ferner wird die Genauigkeit der Skala noch dadurch vergröfsert, indem er bei seinem Urometer nicht 1,00 und 1,05, sondern 1,010 und 1,035 experimentell bestimmte, den Abstand teilte er in 25 Teile, worauf noch oben und unten zehn solcher Teile aufgetragen werden. Mit einem so konstruierten Urometer kann man die Dichte des Harns zwischen 1,000—1,045 bei 15° C. möglichst genau bestimmen. — Zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes kleiner Harnmengen konstruierte Verfasser ein anderes Urometer, das eine Kombination des Gewichtsaraeometers mit dem gewöhnlichen Araeometer bildet. Seine Skala zeigt nur die Dichte von 1,000—1,010 an, und benötigt infolge seiner Kürze nur wenig Flüssigkeit. Näheres ist im Originale nachzulesen. *A. Alpár (Aschner)-Budapest.*

Über alte und neue Urometer, von Th. Lohnstein. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 11.) L. spricht dem Urometer von A. Jolles sowohl in wissenschaftlicher, als in praktischer Beziehung jede Neuerung und Bereicherung des ärztlichen Instrumentariums ab und weist auf seine bereits vor Jahren erschienenen Arbeiten hin, in welchen er die von Jolles vertretenen Gesichtspunkte selbst auseinandersetzte, ohne dafs Jolles dieselben in seiner Publikation erwähnt hätte. Er mufs trotzdem annehmen, dafs Jolles von diesen Kenntnis haben mufste, da dessen Auseinandersetzungen sowohl im Gedankengange als auch in stylistischer Hinsicht denjenigen Verfassers ziemlich gleichartig sind. Merkwürdig erscheint es ihm, dafs die Bestimmung der Skaleneinteilung auf denselben Prinzipien beruht, und zwar indem er auch die Fehlerquellen des gewöhnlichen Skalenurometers auf die Wirkung der Kapillarität begründet und bei Prüfung des Instrumentes eine 0,12%ige Kochsalzlösung verwendet haben will, welche Methode eigentlich Verfasser als erster und bis jetzt der einzige anwendete. Auch bestreitet Verfasser, dafs die von Jolles angebrachte Abplattung der Röhre eine regelmäfsigere Kapillaranziehung des Harns an der vorderen geraden Fläche hervorrufen würde, welches er unter Hinweis auf die gangbaren Lehrbücher der Physik mit mathematischen Berechnungen entkräftet. Dafs sein Gewichtsaraeometer den Kapillaritätsfehler vollständig vermeidet und das spezifische Gewicht des Urins

mit pyknometrischer Genauigkeit bestimmt, wurde bereits von mehreren Autoren bestätigt. *A. Alpár (Aschner)-Budapest.*

Erwiderung auf vorstehenden Artikel, von A. Jolles. Verfasser erwidert Lohnstein in einigen Punkten und hebt vor allem hervor, daſs sein modifiziertes Skalenurometer mit dem von Lohnstein im Jahre 1896 konstruierten Gewichtsurometer absolut nichts gemein hat und von seinem neuen Urometer für geringe Harnmengen ganz wesentlich verschieden ist. Darin liegt auch die Begründung, daſs er Lohnsteins Urometer nicht nannte, indem er unter den im Handel vorkommenden Urometern nur Skalenurometer verstanden, währenddem dasjenige von Lohnstein ein Gewichtsurometer ist, welches für Laboratorien und wissenschaftliche Institute ganz geeignet sein mag, für praktische Zwecke aber zu kompliziert ist. Was die Genauigkeit seines modifizierten Skalenurometers anbelangt, kann er nur noch einmal betonen. daſs dasselbe vollkommen befriedigende Resultate liefert, wenn es auch nicht die Genauigkeit des Pyknometers erreicht, aber eben durch die Verbesserungen für die Praxis ausreichend ist. Dies gilt auch für sein Gewichtsurometer, welches für die praktischen Ärzte in jeder Beziehung ein brauchbares Instrument bildet, von dessen Richtigkeit sich Lohnstein sehr leicht hätte überzeugen können, wenn derselbe einige vergleichende Bestimmungen des spezifischen Gewichtes mit seinem Urometer und mit dem Pyknometer durchgeführt hätte. *A. Alpár (Aschner)-Budapest.*

Über Harnverhaltung, von Alfons Blanc. (*Wien. med. Blätter.* 1898. No. 5.) Harnverhaltung kann bedingt sein durch verminderte Expulsionskraft der Blase und durch mechanische Hindernisse: Striktur, Prostatahypertrophie, akute Prostatitis, Neoplasmen, Blasen- und Harnröhrensteine, Perinealabscesse, Traumen. Verfasser bespricht in recht klarer Weise die bei den verschiedenen Formen von Harnverhaltung nötigen therapeutischen Maſsnahmen, ohne gerade neues bieten zu können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Albumen im Urin, von Solomon. (*New York med. Journ.* 13. Febr. 1897.) Verfasser plädiert für eine genauere Untersuchung des Urins, da nicht jede Trübung durch die gebräuchlichen Methoden für Serumeiweiſs und damit für Nephritis spreche. Oft werden Albumosen, Mucin etc. mit echtem Serumeiweiſs verwechselt. Beweisend ist nach Verfasser nur die Essigsäure-Blutlaugensalz-Probe. Auch soll der Urin stets mikroskopisch untersucht werden. *F. Hahn-Bremen.*

Eiweiſs und Cylinder im Urin, von Porter-New York. (*Philadelphia med. Journ.* 2. April 1898.) Verfasser ist der Ansicht, daſs eine Menge von Fällen für Nephritis gehalten werden, die gar nicht entfernt dies Leiden gewesen sind. Ferner kann ein groſser Procentsatz der Nierenkrankheiten nicht allein bedeutend gebessert, sondern zu völliger Heilung gebracht werden. Vom histologischen Standpunkt ist mancher noch ungeheilt, der es vom klinisch-physiologischen in der That ist, ebenso wie der Callus einer Fraktur wohl eine Heilung darstellt, ohne es im histologischen Sinne zu sein. Die geformten Bestandteile des Urins rühren oft von den Tubuli uriniferi her. Man findet oft Cylinder und kein Eiweiſs, was sehr häufig vorkommt, und Eiweiſs ohne Cylinder. Es giebt von letzteren zwei Sorten; die eine zeigt keine Strukturänderungen der Nieren an, wohl aber weist die zweite auf retrograde Veränderungen hin. Erstere Sorte ist in fast allen sedimentierten Harnen zu finden.

Hopf-Dresden.

Vorlesung über einen Fall von Chylurie, von Byrom Bramwell. (*Brit. med. Journ.* 31. Juli 1897.) An der Hand eines Falles bespricht der Vortragende die Beschaffenheit des Urins, die Ätiologie, die klinischen Symptome und die Behandlung

ler Chylurie. Der Urin zeigt in einigen Fällen beständig ein milchiges Aussehen, n anderen nur zu gewissen Tageszeiten, so besonders nach den Mahlzeiten, speziell ım Nachmittage, um die Zeit, wo durch den Verdauungsakt die Milchgänge und Lymphgefäfse erweitert sind. Die Krankheit ist in England selten, weil sie in der Mehrzahl der Fälle auf eine Verstopfung der Lymphkanäle durch Filaria sanguinis ıominis zurückzuführen ist. Man trifft die Chylurie dort häufig an, wo also die Filaria ianguinis nicht ungewöhnlich ist, so in heifsen Klimaten, besonders auf Mauritius, Isle de Bourbon, Brasilien, Westindien oder Indien. Chylurie tritt häufig auf in Barbados, Australien und China. — In vielen Fällen von Chylurie sind die Lymphstränge in den Wandungen der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens erweitert ınd in einem varikösen Zustande. — Klinische Symptome fehlen in einigen Fällen, ıbgesehen von dem Aussehen des Urins, zuweilen ganz. In den meisten Fällen jedoch fühlen sich die Patienten matt, einige sehen stark anämisch abgemagert aus, andere leiden an anhaltender Diarrhoe. — Die Therapie besteht an erster Stelle in der Vernichtung der Filaria sanguinis und in der Entfernung der undurchgängigen Lymphgefäfse. Jodkalium, Eisenperchloridtinktur sind sehr nützliche Medikamente.

C. Berliner-Aachen.

Bemerkung über Laktosurie, von Pavy. (*Lancet.* 17. April 1897.) Verfasser sah eine Patientin, welche ihr Kind, das sie fünf Monate genährt hatte, wegen dyspeptischer Beschwerden entwöhnte, während die Milchsekretion noch bestand. Da trat im Urin eine grofse Menge Zucker auf, der sich bei genauer Untersuchung als Milchzucker erwies und bei passender Diät in kurzer Zeit dauernd verschwand. Er stammte aus der resorbierten Milch, wie man auch durch Injektion von 1 g Laktose pro Kilo Körpergewicht eine enorme Laktosurie hervorrufen kann. *F. Hahn-Bremen.*

Über gewisse Beziehungen zwischen bakterieller Thätigkeit im Darm und dem Indikan des Urins, von C. A. Herter. (*Brit. med. Journ.* 25. Dez. 1897.) Gegenstand der Untersuchung bildeten drei normaler Weise im Darm vorkommende Arten von Bakterien, nämlich der gewöhnliche Kolonbacillus, Hausers Proteus vulgaris und der Milchsäure-Bacillus. Reinkulturen dieser Arten, gewachsen in 1%igen Lösungen von Wittes Pepton, wurden Hunden, die auf reine Fleischdiät gesetzt waren, in den Darm eingeführt. Das Indikan, bisweilen auch die Sulfate, wurden vor und nach der Einführung der Kultur geprüft. Das Resultat dieser Untersuchungen ist folgendes: 1. Die Einführung einer grofsen Zahl des gemeinen Kolonbacillus in den Darm vermehrt das Indikan des Urins und gleichzeitig die ätherischen Sulfate. 2. Die Einführung grofser Mengen des Proteus vulgaris kann die ätherischen Sulfate im Urin vermehren, ohne dafs der Indikangehalt wesentlich steigt. 3. Die Einführung grofser Mengen des Milchsäurebacillus in den Darm kann den Indikangehalt des Urins zusammen mit den ätherischen Sulfaten in bemerkenswerter Weise reduzieren.

C. Berliner-Aachen.

Beitrag zur Lehre von der paroxysmalen Hämoglobinurie, von Ernst Lichtenstein. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 12.) Die paroxysmale Hämoglobinurie kann durch Kälteeinwirkung oder durch Muskelanstrengungen hervorgerufen werden. Sie beruht nach der vorherrschenden Anschauung auf einer geringen Resistenzfähigkeit der Blutkörperchen gegen mechanische Insulte. Chwostek nimmt daneben noch abnorme Cirkulationsverhältnisse an. Aus dem vom Verfasser mitgeteilten Falle geht hervor, dafs bei den einzelnen Anfällen keine Kongruenz zwischen den Allgemeinerscheinungen und den Veränderungen im Harne besteht. Es finden sich schwere Störungen des Gesamtbefindens mit lebhaftem Fieber bei geringer Hämoglobinurie und umgekehrt. Es können sich die Anfälle auch nur durch Temperatur-

steigerung mit oder ohne Albuminurie kennzeichnen. Leber und Milz sind oft angeschwollen; Polycholie mit auffallend dunkler Farbe der Fäces kommt vor. Ponfick nimmt an, daſs Leber und Milz bei der Ausscheidung des Hämoglobins in Anspruch genommen werden. Die Leber verwandelt das frei gewordene Hämoglobin in Bilirubin. Dadurch erklärt sich die Möglichkeit einer nach dem Anfall eintretenden Hämoglobinanämie ohne Hämoglobinurie, wie sie bei solchen Kranken vorkommt. — Eine dem Anfall nachfolgende Eiweiſsausscheidung konnte bei dem Patienten nicht konstatiert werden. Dagegen war die stete Polyurie bemerkenswert. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Einige Fälle von Hämaturie, von F. W. Robbins. (*Med. News.* 21. Nov. 1896.) 1. Eine 23jährige Frau hatte seit 6 Monaten an zunehmendem Blutharnen, Urindrang und Gewichtsverlust gelitten. Erst durch das Cystoskop wurde die richtige Diagnose, Papillom an der Mündung des linken Ureters, gestellt. Nach der ziemlich leicht bewerkstelligten Entfernung des Tumors mittelst Curette und Fingernagel hat Patientin während der letzten 3 Monate keine Beschwerden mehr gehabt. — 2. Bei der 53jährigen, ikterischen und vermutlich gichtischen Patientin wurde wegen häufiger Blutbeimischung im Urin cystoskopiert. Das Blut stammte aus dem rechten Ureter. Diagnose: katarrhalischer Verschluſs der Gallenwege, Leberhyperämie, Hyperämie und Hämorrhagien der rechten Niere. Allmähliche Besserung durch Salicyl, alkalinische Wasser, Olivenöl, Colchicum. — 3. Ein 29jähriger Mann litt seit 1½ Jahren an gelegentlicher Hämaturie. Nieren beide schmerzhaft. Cystoskopische Untersuchung fiel negativ aus. Im Urin wurden Tuberkelbacillen nachgewiesen. Diagnose: Tuberculosis renum. — 4. Der 72jährige Mann war 3 Jahre zuvor an Nierenkolik behandelt worden. Vor einem Jahre wurde zuerst Blut im Urin bemerkt. Rechte Niere stark vergröſsert, hart, knollig. Sondierung der Blase gab negatives Resultat. Es wurde Carcinom der Niere diagnostiziert, aber wegen des Alters und des schlechten Allgemeinzustandes wurde von einer Operation abgesehen. *Philippi-Itzehoe.*

Renale Hämaturie ohne anatomische Veränderungen, von Harris. (*Philadelph. med. Journ.* 19. März 1898.) Ein gesunder Mann erkrankte an heftiger renaler Hämaturie, ohne daſs irgend welche Erkrankung der Nieren nachgewiesen werden konnte. Er kam sehr herunter, die Blutung widerstand anfangs jeglicher Behandlung. Schlieſslich trat Besserung ein auf tonisierende Behandlung, kräftige Ernährung und Bettruhe. Verfasser hat eine Reihe ähnlicher Fälle aus der Litteratur zusammengestellt: häufig widerstand die Blutung jeglicher Art der Behandlung, in einigen Fällen ist dann mit gutem Erfolge die Nephrotomie (Sektionsschnitt durch die Niere, Naht) gemacht worden. *F. Hahn-Bremen.*

Der Chiningebrauch bei Malaria-Hämoglobinurie, von Woldert-Philadelphia. (*Med. News.* 30. April 1898.) Viele Autoren berichten, daſs Chinin, die Malariapanacee im stande ist, Hämoglobinurie zu erzeugen. Bastianelli unterscheidet eine paroxysmale Hämoglobinurie während des Wechselfieberanfalls und eine postmalarische. Wenn bei einem Malariaanfall diese Erscheinung auftritt, so soll man gleichwohl Chinin weitergeben, solange Plasmodien gefunden werden, sonst nicht. — Lokal angewandt reizt Chinin Schleimhaut und Muskel stark. In groſsen Dosen innerlich setzt es den arteriellen Blutdruck herab und hat einen paralysierenden Einfluſs auf die Vasomotoren. In kleinen Dosen scheint es den Blutdruck zu steigern. Chinin wirkt tödlich auf das Protoplasma der Mikroorganismen, die das Wechselfieber erregen. — Neben der Hämoglobinurie erzeugt die Drogue bekanntlich auch Erytheme, Urticaria, Ödeme der Haut, auch andere Vergiftungserscheinungen, wie Amaurosis, sind beobachtet worden. Verfasser führt eine Reihe namhafter Ärzte, besonders Amerikas an

die bei ihrer ausgedehnten Erfahrung auf dem Gebiet der Malaria niemals das Entstehen von Hämoglobinurie infolge Chininmedikation sahen. *Hopf-Dresden.*

Über Hämatoporphyrinurie, von SCHULTE. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 58, Heft 4 u. 5.) Verfasser teilt einen Fall von Hämatoporphyrinurie mit, der mit starken kolikartigen Schmerzen im Leib begann; später stellten sich Schmerzen, Steifigkeit und Lähmung der Streckmuskeln der Oberextremitäten ein. Anamnestisch liefs sich weder Blei- noch Sulfonalvergiftung nachweisen. Verfasser nimmt daher an, dafs es sich um eine Autointoxikation vom Darm aus handelt. *F. Hahn-Bremen.*

Ureterenverletzungen, von MORRIS. (*Edinb. med. Journ.* Januar 1898.) Diese Verletzungen sind sehr selten, sie kommen meist durch schwere Quetschungen zu stande, oft ohne Verletzung der äufseren Hülle; gelegentlich kann bei Geburten Nekrose und Fistelbildung sich ereignen, oder bei Operationen wird absichtlich oder unabsichtlich der Ureter eröffnet. In den „subcutanen" Fällen richtet sich Prognose und Symptome darnach, ob das Bauchfell mit verletzt ist; dies ist aber meist nicht der Fall; es bildet sich dann im Retroperitonealraum ein Ergufs von Blut und Urin, der am besten durch freie Incision von der Lende her abgelassen wird; man kann versuchen, den Ureter zu vernähen, oder die Niere exstirpieren. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von erfolgreicher extraperitonealer Uretero-Lithotomie, von H. B. ROBINSON-London. (*Brit. med. Journ.* 11. Sept. 1897.) Nach einem kurzen Überblick über die im ganzen spärliche einschlägige Litteratur beschreibt der Verfasser folgenden Fall. Die 23jährige verheiratete Patientin litt seit ihrem 15. Lebensjahre an periodisch wiederkehrenden Schmerzen in der rechten Seite. Während einer solchen Attacke, die 1—3 Tage anhielt, fühlte sich die Patientin stets sehr krank und konnte nur unter Schmerzen urinieren. Der Urin war dann gewöhnlich blutig-dunkelrot und stark konzentriert. Als sie 20 Jahre alt war, wurde zum ersten Male eine Schwellung beobachtet, die während der Schmerzanfälle zu verschwinden pflegte. Vor einem Jahre hatte die Patientin eine intensive Attacke, nach welcher die Schwellung bis in die neueste Zeit hinein persistierte. Nach der Geburt eines Kindes bemerkte die Patientin, dafs der Tumor stark an Gröfse zunahm. Eine genaue Diagnose desselben war bis dahin noch nicht gestellt worden. Erst als die Patientin in die Behandlung HECTOR MACKENZIES und des Verfassers kam, wurde nach vorsichtigem, explorativen Ureter-Katheterismus Hydronephrose infolge eines im rechten Ureter befindlichen Steines diagnostiziert. Die Lage desselben deutete auf eine Beziehung zum hinteren Teile der Cervix uteri hin. Da eine andere Operation nicht angängig war, so wurde die retroperitoneale Uretero-Lithotomie mit sehr gutem Erfolge ausgeführt. Verfasser beschreibt ausführlich den Gang der Operation. Der entfernte Stein war 1½ Zoll lang, hatte einen Durchmesser von ½ Zoll und wog etwa 6 g. Er bestand hauptsächlich aus Oxalaten mit einem äufserlichen Belag von Phosphaten und etwas Harnsäure. *C. Berliner-Aachen.*

Die operative Behandlung von Steinen, welche lange Zeit im untern Drittel des Ureters gesteckt haben, von FENWICK. (*Edinb. med. Journ.* März 1898.) Steine im oberen Drittel des Ureters soll man mittelst Lumbarschnitt zu erreichen suchen; wenn sie im mittleren Drittel stecken, soll man den Schnitt, wie zur Unterbindung der Art. iliaca communis, machen und das Bauchfell zurückschieben. Wenn der Stein im unteren Drittel steckt und sich vom Mastdarm oder von der Scheide aus fühlen läfst, so soll man von unten her darangehen: bei Männern durch eine quere Incision vom Damm her, bei Frauen durch einen Einschnitt von der Scheide

aus; der Urin läßt sich leicht entfernen, für einige Zeit wird ein Drainrohr in den Ureter eingeführt. Verfasser operierte auf die Weise je einen Mann und eine Frau, in beiden Fällen kam die Heilung ohne Fistelbildung zu stande.

F. Hahn-Bremen.

Transversale Atresie des unteren Drittels des Genitaltractus, von Hart. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* April 1897.) Drei Arten kommen vor, von denen Verfasser einschlägige Fälle beschreibt: 1. Transversales Septum an Stelle des Hymen, das sein Entstehen dem Bestehenbleiben von Gewebe am unteren Ende der verwachsenen Wolffschen Körper verdankt. 2. Septum am Ende der verwachsenen Müllerschen Gänge, ca. 2 cm oberhalb des Hymen. 3. Bestehenbleiben der Wolffschen Körper.

F. Hahn-Bremen.

Ulcus serpiginosum vulvae, von Barbour und Walker. (*Scott. Med. a. Surg. Journ.* Juli 1897.) Die Verfasser beschreiben einen Fall, welcher schon vor 14 Jahren als „Lupus der Vulva" beschrieben und operiert war. Jetzt fand sich ein serpiginöses Geschwür, welches den ganzen Damm, After und Vulva umfaſste, mit unterminierten Rändern, bedeckt mit bläulichroten Granulationen. Das Geschwür wurde ausgekratzt, heilte zunächst, recidivierte aber später. Mikroskopisch fanden sich Zellanhäufungen um die Gefäſse und kleine Bacillen, wie die Ducreyschen des weichen Schankers. Die Verfasser erklären daraufhin das Geschwür für „Ulcus serpiginosum", ohne über seine Natur ins Klare zu kommen, jedenfalls, sagen sie, sei es kein Lupus und keine Syphilis. Das erstere ist nach der Beschreibung wahrscheinlich; warum aber Syphilis auszuschlieſsen sei, geht aus der Arbeit nicht hervor. *F. Hahn-Bremen.*

Epitheliom der Vulva, von Morelle. (*Annales de l'Inst. chir. de Bruxelles.* 1897.) Die Neubildung hatte die groſse und kleine rechte Schamlippe beinahe in ihrem ganzen Umfange eingenommen. Exstirpation des Tumors. Nach einigen Tagen Infektion der Operationswunde mit Bildung eines Abscesses in der Leistengegend. Injektion von 60 ccm Antistreptokokkenserum an 6 Stellen in der Umgebung des Abscesses. Nach dem dritten Tage nahm die Rötung und Schwellung rasch ab und die Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes, Proteus Hauser) konnten im Eiter nicht mehr nachgewiesen werden. *C. Müller-Genf.*

Absceſs der Vulvo-vaginal-Drüse, von Dugon. (Thèse de Paris. 1897.) Der Verfasser hat in 14 Fällen den Eiter der Abscesse untersucht und gelangt auf Grund der Befunde zu dem Schlusse, daſs zweifellos die Entzündung der Vulvo-vaginal-Drüse nahezu in jedem Falle auf blennorrhoische Infektion zurückzuführen sei.

C. Berliner-Aachen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. No. 6. 15. März 1899.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Impetigo vulgaris.

Von

Dr. P. G. UNNA und Frau Dr. med. et phil. SCHWENTER-TRACHSLER.

(Fortsetzung.)

Klinik der Impetigo vulgaris.

Das Krankheitsbild der Impetigo vulgaris ist ein so konstantes und so wenig Abweichungen zeigendes, daſs es sich leicht von anderen, ähnlichen Krankheiten der Haut unterscheiden läſst. Auch die Trennung dieser Impetigoart von anderen, selteneren Impetigoformen unterliegt in den meisten Fällen keiner Schwierigkeit. Die Primärefflorescenz der Affektion besteht in kleinen roten, allein stehenden Punkten, auf denen nach Verlauf von 12—24 Stunden kleine, central gelegene Bläschen mit klarem Inhalt sich entwickeln. Bei einigen Bläschen bleibt dieser Inhalt klar, bei anderen trübt sich derselbe im Verlauf der ersten zwei Tage. Sei derselbe klar oder getrübt, so kann in beiden Fällen dieses primäre Bläschen zu einer centralen, kleinen, senfkorngroſsen Kruste eintrocknen, welche abfällt, ohne einen roten Fleck zu hinterlassen. Damit ist dann das ganze Krankheitsbild in loco abgeschlossen, die Impetigo vulgaris ist hier abortiv verlaufen und nicht zum vollkommen charakteristischen Krankheitsbilde gediehen. Denn zu diesem gehören vor allem weit gröſsere, bis linsengroſse, dickere, seröse Krusten, welche nach dem Abfall rote Flecke hinterlassen.

In den meisten Fällen bei spontanem Verlaufe, seltener bei künstlicher Übertragung, bemerken wir jedoch am 3.—5. Tage nach dem ersten Erscheinen des primären Erythemfleckes und Bläschens ziemlich plötzlich eine solche gröſsere in Bezug auf dieses primäre Bläschen konzentrisch gelagerte und daher dasselbe ganz oder nahezu verdeckende Kruste. Damit erst beginnt die für die Impetigo vulgaris charakteristische Efflorescenz.

Die Krusten sind in ganz typischen Fällen durchscheinend, hornartig, honiggelb, d. h. sie machen den Eindruck rein seröser Krusten. Insbesondere gilt dies von den auf der Backe, Kinn und der Stirn gebildeten, während man bei unsauberen Individuen in der Umgebung des Mundes, des Kinnes, des Ohres und auf den Händen neben den typischen Borken auch oft atypische findet, welche schmutzig grau-grünlich, d. h. teilweise eiterig, oder bräunlich, d. h. teilweise mit Blut vermischt sind. Die etwas eiterigen Borken pflegen auch weicher, pulpöser und nicht so hornartig zu sein wie die ganz charakteristischen serösen.

Die einmal gebildeten Krusten können als solche längere Zeit verharren, ohne sich zu verändern. Sie vergröſsern sich nicht spontan durch kontinuierliches, konzentrisches Wachstum wie die Efflorescenzen der Impetigo circinata. Nur durch Konfluenz benachbarter Krusten kommt es zur Entstehung sehr groſser, mark- bis thalergroſser Krustenscheiben, welche meistens durch ihren polycyklischen Kontur noch die Art ihrer Entstehungsweise erkennen lassen. Werden jedoch, wie es bei den Kindern durch Kratzen, Reinigen etc. sehr häufig vorkommt, die Borken abgerissen, so bilden sich aus dem aussickerndem Serum im Laufe eines halben Tages neue Borken, welche nicht so dick, aber gröſser zu sein pflegen wie die am Orte vorangegangenen und die letzteren überall um einen feinen Randsaum konzentrisch überragen. Durch wiederholtes Entfernen der Borke kann man künstlich auf diese Weise allerdings ziemlich groſse Krusten erzeugen; aber diese Vergröſserung geschieht nur schubweise und nicht spontan.

Lösen sich die Borken ab, nachdem die darunter liegenden Erosionen der Stachelschicht definitiv überhornt sind, so kann man die Efflorescenzen als geheilt betrachten. Sie sind aber noch lange Zeit durch ihre rote Farbe kenntlich und dadurch vom geheilten Ekzem auch dann noch leicht zu unterscheiden. Wo man um Mund und Nase von Kindern diese scharf umrandeten, genau gegen die gesunde Umgebung abgesetzten, der Regel nach runden, vollkommen ebenen, schuppenlosen, narbenfreien Stellen bemerkt, kann man mit Sicherheit auf eine überstandene Impetigo vulgaris schlieſsen. Die exquisit rote Farbe der Flecke nach der Abheilung erklärt sich durch die starke Erweiterung der Gefäſse und die ebenfalls starke Verdünnung der zunächst zurückbleibenden Oberhaut.

Die hier gegebene Geschichte des Bläschens der Impetigo vulgaris bis zum Abfallen der Kruste enthält nur einen dunklen Punkt, über welchen auch bei genauester klinischer Beobachtung eine gewisse Unklarheit und Zweifel vorhanden bleibt —: die eigentümliche Gröſsenverschiedenheit zwischen dem follikulären Bläschen und der darauf folgenden charakteristischen Kruste. Über diesen Punkt verschafft erst die histologische Untersuchung vollen Aufschluſs. Wir wollen nur soviel hier

vorwegnehmen, wie zur Erklärung gewisser anormaler Bläschenbildungen nötig ist. Das follikuläre Bläschen, welches das primäre heifsen möge, ist in der That nicht identisch mit demjenigen Bläschen, welches der Kruste vorangeht und welches wir das sekundäre nennen wollen. Während ersteres in den Haarbalgeingang versenkt ist und als solches verharrt oder abortiv für sich verkrustet, bildet sich durch denselben Organismus im Anschlufs daran ein oberflächliches, den Haarbalg konzentrisch umgebendes, ins Breite gehendes Bläschen direkt unter der Hornschicht, welches gewöhnlich im Mafse, wie es gebildet wird, durch Gerinnung des Serums in eine Kruste verwandelt wird: Dieses ist der Vorgang, der die typische Kruste der Impetigo vulgaris hervorbringt. Aus dieser Folge von Thatsachen erklärt sich auch das anormale Bild, welches hin und wieder die typische Impetigo vulgaris modifiziert und nicht als charakteristisch angesehen werden kann. In diesen Fällen breitet sich nämlich, ausgehend von dem primären Bläschen eine gröfsere seröse, oberflächliche Blase aus, welche sich durch ihren tagelangen Bestand ohne Krustenbildung sofort von den übrigen rasch verkrustenden Bläschen unterscheidet. In dem letzten Falle dieser Art, den wir genau untersuchen konnten, zeigte sich eine starke Beimischung von Streptokokken zu den gewöhnlichen Impetigokokken und die serös-eitrigen, grofsen Blasen liefsen in der Weise eines Hypopyons ein Eitersediment nach unten sinken, während schliefslich auch hier die Abheilung in normaler Weise mit Kruste und rotem Fleck stattfand. Offenbar kommt in derartigen Fällen das sekundäre Bläschen, welches als solches normalerweise durch seine rasche Gerinnung unsichtbar bleibt, durch das der Mischinfektion zuzuschreibende Ausbleiben der Gerinnung zur Wahrnehmung.

Lokalisiert ist die Impetigo vulgaris am häufigsten im Gesicht und hier wieder ist vor allem ergriffen die bei Kindern vielfach stark durchfeuchtete Umgebung des Mundes: Lippen, Kinn und Backen, danach: Nase, Stirn, Ohren und sodann die behaarte Kopfhaut bis zur Nackengegend hinunter. Als Resultat des Kratzens im Gesicht oder an anderen Teilen des Kopfes sieht man an den Fingern und Handrücken, bisweilen sogar bis zum Vorderarm hinaufreichend, Impetigoefflorescenzen. Auch an den Zehen und den Fufsrücken, Unterschenkeln und der Kniegegend finden sich nicht selten solche, besonders bei längerem Bestande der Affektion. Die Efflorescenzen der Handrücken, Vorderarme und Unterschenkel haben eine Tendenz zu einer stärkeren Verdickung der Haut, während diejenigen des Gesichtes und der übrigen Teile, wo gewöhnlich die Impetigo vulgaris lokalisiert ist, keine tastbare Verdickung aufweisen.

Die Efflorescenzen des behaarten Kopfes verdienen noch eine be-

sondere Berücksichtigung, da gerade diese bisher fast stets mit dem krustösen Ekzem der Kinderköpfe verwechselt werden, eine Verwechselung, die durch das zur rechten Zeit sich einstellende Wort „Impetiginöses Ekzem" nur verschleiert wurde. Die Efflorescenzen stehen am Kopfe meist vereinzelt, in gröſseren Abständen, nicht so dicht wie um die Schleimhauteingänge des Gesichts, mit einziger Ausnahme des Hinterkopfes, wo sie häufig so gedrängt stehen, daſs sie konfluieren. Das primäre Bläschen kommt hier selten zur Wahrnehmung; wo man es trifft, zeigt es sich als ein kleines, spitzes, von einem Haar central durchbohrtes Bläschen mit getrübtem Inhalt und blaurotem Hofe. Die sekundären, oberflächlichen Bläschen bilden hier stets sehr dicke Krusten, ganz begreiflich, da sie durch die Bewegung der Haare stets rasch bersten und das aussickernde Serum sich an den Haaren hinaufzieht. Alle durch eine Kruste hindurchgehenden Haare sind daher stets mit einander fest verklebt. Beim Ausziehen derselben zeigen sie eine stark geschwollene Wurzelscheide. Die verkrusteten Efflorescenzen heilen, wie die des übrigen Körpers, mit Hinterlassung eines scharf umrandeten, roten, allerdings etwas blassen, lange als solcher zu erkennenden Fleckes, der keine weitere Abschuppung zeigt. Die reine Impetigo vulgaris des Kopfes zeigt zwischen den einzelnen Efflorescenzen eine sonst gesunde, nicht gerötete, nicht schuppende Kopfhaut. Nur wo eine Komplikation mit Ekzem des Kopfes besteht — ein nicht häufiger Fall — ist dieses wichtige Symptom nicht zu konstatieren. Die Impetigokrusten geben natürlich einen beliebten Tummelplatz für Kopfläuse, besonders dort, wo — wie am Hinterkopfe — dieselben konfluieren und eine vollkommene Fixation aller Haare in Krusten eingetreten ist. Aber die Pediculi stellen doch nur eine belanglose Komplikation dar und stehen auſser jeder ätiologischen Beziehung zur Impetigo vulgaris; sie finden sich überhaupt nur in einem Teile der Fälle.

Der Naseneingang zeigt häufig Efflorescenzen; auf der Nasenschleimhaut haben wir bisher keine angetroffen.

Auſser dieser Lokalisation auf der Haut findet man, wenn auch selten (bei mehreren Hundert von uns beobachteten Fällen nur 7 Fälle) Efflorescenzen auf der Schleimhaut der Lippen, Zunge, Rachen und Gaumen. Bei diesen wirft sich natürlich die Frage auf, ob dieselben gleicher Natur mit der Impetigo vulgaris sind oder ob sie eine zufällige Komplikation der letzteren mit irgend einer aphthösen Stomatitis darstellen. Wir halten nach Beobachtung mehrerer Fälle die erste Eventualität für die wahrscheinlichere, meinen aber, daſs diese Frage auch nicht bloſs durch klinische Beobachtungen, sondern durch mit ihnen harmonierende Züchtungsversuche entschieden werden müsse. Von klinischen Gründen sprechen für eine wesentliche Identität: das gleichzeitige Auftreten in manchen Fällen, dann die Thatsache, daſs die Mundaffektion in diesen

Fällen ebenfalls mit Bläschen beginnt, die einen roten Hof zeigen, drittens das Erhaltenbleiben eines schwach roten, scharf umschriebenen Fleckes von der Ausdehnung des Bläschens nach der Abheilung. Krusten können natürlich auf der Schleimhaut sich nicht bilden, dafür entsteht eine von pseudomembranöser Masse bedeckte Erosion. Allerdings involviert diese Anschauung die Möglichkeit, daſs der Impetigococcus nicht bloſs in einem Haarbalgtrichter sich ansiedeln kann, sondern auch auf dem Schleimhautepithel. Aber wie gesagt wollen wir diese Frage hier nur anregen, ohne eine Entscheidung zu treffen.

Eine andere nicht seltene Komplikation der Impetigo vulgaris ist diejenige mit einer äuſseren Ohreiterung; diese befindet sich gewöhnlich an derjenigen Seite des Kopfes, wo in der Umgebung (Ohr, Backe, Stirn) die Efflorescenzen der Impetigo sich häufen, mithin meistens auf derjenigen Seite, auf der das Kind schläft. Auch diese Affektion scheint ätiologisch mit der Impetigo vulgaris im Zusammenhang zu stehen, da sie nur den äuſseren Gehörgang, dagegen nicht das Trommelfell ergreift, weshalb auch keine Perforation und Otitis media sich daran anschlieſst. Auch heilt dieser Ohrenfluſs mit der Impetigo vulgaris der Umgebung durch einfache Trockenmittel ohne weiteres. Wenn somit auch die Efflorescenzen bisher an dieser Stelle nicht genügend verfolgt sind, so ist die impetiginöse Natur vieler Ohreiterungen bei Impetigo vulgaris doch wohl gesichert.

Eine letzte sehr wichtige Komplikation, die oft übersehen wird, ist die konstante Schwellung und Druckempfindlichkeit der submaxillaren Drüsen, wenn die Efflorescenzen im Gesichte sitzen. Länger bekannt sind die ebenso konstanten Schwellungen der Nackendrüsen bei der Impetigo vulgaris des behaarten Kopfes. Diese Schwellung ist am bedeutendsten im Verlaufe der zweiten Woche und pflegt nachher wieder abzunehmen, indem das Volumen sich verringert und die vorher weichen Drüsen härter werden. Mit dem völligen Abheilen der Impetigo verschwindet die Drüsenschwellung spontan wieder.

Diese Lymphadenitis ist weit konstanter als bei Ekzem derselben Hautgegenden, andererseits pflegt dieselbe, wenn sie durch Ekzem erzeugt ist, nicht ebenso rasch spontan zu vergehen.

Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Selten erfährt man bei Aufnahme der Anamnese, daſs ein ernsteres Unwohlsein dem Ausbruche dieser Hautkrankheit vorangegangen. Ist es der Fall, so darf man sicher annehmen, daſs Komplikationen und nicht die Impetigo vulgaris allein die Störungen veranlaſst haben. Über Jucken wird nur zuweilen geklagt, nur bei der ersten Bildung der Efflorescenzen, meistens aber gar nicht. Wenn Impetigo vulgaris durch Pediculi kompliziert ist, wird über starkes Jucken auf dem Kopfe geklagt, ferner auch bei jeder Komplikation mit Ekzem.

Die Ansteckung der Kinder geschieht entweder in den Schulen oder durch das Spielen mit Impetigo-Kindern. Wenn ein Kind einer Familie von Impetigo befallen wird, folgen meistens andere Kinder derselben Familie, hin und wieder auch Erwachsene nach, hauptsächlich Mütter, ältere Geschwister und Pflegerinnen. Bei diesen gelangt die Affektion jedoch nur zu einer sehr geringen Ausbreitung und ist auch nur von kurzer Dauer.

Das Alter, in welchem man Impetigo vulgaris am häufigsten findet, ist die Zeit vom 3.—10. Lebensjahre, viel seltener findet man die Affektion in den ersten beiden Jahren und zwischen dem 10. und 17. Jahre.

Differentialdiagnostisch kommen bei dem so scharf gezeichneten Krankheitsbilde der Impetigo vulgaris nur wenige andere Affektionen in Betracht. Es sind hauptsächlich vier Dermatosen: das Ekzem, die Impetigo circinata, die Impetigo staphylogenes und Impetigo streptogenes, von denen die ersteren beiden mehr ein praktisches, die letzteren ein theoretisches Interesse besitzen.

Was zunächst das Ekzem betrifft, so kommen natürlich nur ganz bestimmte Ekzemfälle bei dieser Differentialdiagnose in Frage, nämlich die borkigen, krustösen, nässenden Formen der Kinderköpfe und unter diesen hauptsächlich nur diejenigen, bei denen vereinzelte Efflorescenzen in der Umgebung der Augen, Nase, des Mundes, der Ohren und am Kopfe lokalisiert sind. Relativ leicht ist die Unterscheidung auch in diesen impetigoähnlichen Fällen von Ekzem, wenn die Anamnese ergiebt, daſs es sich um einen protrahierten Verlauf, um eine seit langem bestehende Hautaffektion von verschiedenartigem Aussehen, begleitet von mehr oder weniger lebhaftem Jucken handelt und die Inspektion lehrt, daſs neben den isolierten, mit Borken bedeckten Efflorescenzen noch diffus erkrankte, schuppende und gerötete Flächen vorhanden sind. Alle diese Symptome sind nur dem chronischen Ekzem eigen, während ein akuter Verlauf, der Mangel von Jucken, von Multiformität und von diffuser Ausbreitung der Hautentzündung die Impetigo verraten. Liegt zufällig ein Ekzem dieser Form vor, welches erst seit kurzem besteht und wo bis dahin auch nur isolierte Efflorescenzen in gesunder Umgebung aufgetreten sind — ein in der Armenpraxis selten zur Beobachtung gelangender Fall —, so hat man sich hauptsächlich an folgende Momente zu halten. Die Impetigoefflorescenzen des Gesichtes haben niemals einen verdickten Grund, da bei ihnen die Akanthose des Ekzems, die Verdickung der Stachelschicht fehlt. Sodann zeigen die zu gröſseren Scheiben konfluierten Impetigoborken einen meist sehr scharfen, stets aber deutlichen, regelmäſsigen, polycyklischen Kontur, da bei ihnen die Neigung fehlt, sich diffus und unregelmäſsig in der Umgebung auszubreiten. Bleiben selbst dann noch Zweifel, so giebt neben der bakteriologischen Untersuchung

der Krusten (s. diese) der weitere Verlauf stets eine sichere Entscheidung. Die Ekzemefflorescenzen heilen langsam ab, hinterlassen aber kein Zeichen ihrer Existenz; die Impetigoefflorescenzen sind stets rasch zur Abheilung zu bringen, verraten ihr Dasein aber stets noch lange Zeit durch ebenso viele rötliche, scharf konturierte Flecke.

Wie man sieht, ist die Differentialdiagnose der ausgesprochenen Impetigo vulgaris von impetigoähnlichen Formen des Kinderekzems nicht schwer zu machen, anders aber steht es mit den abortiv verlaufenden, follikulären Impfbläschen der Impetigo, die mit den akut aufschießsenden Impfbläschen des Ekzems, wie schon oben betont, eine große Ähnlichkeit aufweisen. Doch ist dieser Fall mehr theoretisch interessant als praktisch wichtig, da fast niemals diese primären Bläschenformen ganz allein auftreten. Sollte dieses jedoch einmal vorkommen, so würde nur die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Krusten und das Züchtungsergebnis der Bläschen (hierüber s. unten) eine sichere Entscheidung treffen lassen.

Komplizierter gestaltet sich die Frage nur, wenn Grund zur Annahme beider Affektionen an demselben Kinderkopfe vorhanden ist, wenn z. B. nach längerem Bestande eines Ekzems plötzlich eine nässende, borkige Eruption auftritt, die mit Impetigo vulgaris Ähnlichkeit hat. Es handelt sich dann um die Entscheidung, ob eine Verschlimmerung des Ekzems oder ein Hinzutritt von Impetigo vulgaris vorliegt. Klinisch läßt sich dieselbe nur treffen, wenn die angeführten differentialdiagnostisch wichtigen Momente der Impetigo irgendwo scharf ausgeprägt sind. Sonst entscheidet auch hier nur die bakteriologische Untersuchung der Borken und des Bläscheninhaltes. Nach meinen Untersuchungen der letzten fünf Jahre kommt diese Komplikation allerdings vor, ist aber sehr selten; jedenfalls unendlich viel seltener als man nach der beliebten Diagnose: „impetiginöses Ekzem“ vermuten möchte; es handelt sich in solchen Fällen schließlich doch fast immer nur um ein reines, borkiges Ekzem.

In zweiter Linie konkurriert bei der Differentialdiagnose die Impetigo circinata, da auch diese ähnliche Prädilektionsorte, das Gesicht und die Hände besitzt. Im Gegensatze aber zur Impetigo vulgaris zeitigt die Impetigo circinata keine dicken, serösen Krusten, sondern nur dünne, mehr Hornzellen als Serum enthaltende Schuppen, und die Efflorescenzen breiten sich circinär zu größeren, kreisrunden Scheiben ohne polycyklischen Kontur aus unter Einsinken des abheilenden Centrums. Auch kommt diese Affektion bei älteren Kindern und Erwachsenen ebenso oft resp. ebenso selten vor wie bei kleinen Kindern.

Die Differentialdiagnose der Impetigo vulgaris von den durch Staphylokokken und Streptokokken erzeugten Impetigines besitzt kaum ein praktisches Interesse, da die letzteren nur selten an den Kinderköpfen in die Erscheinung

treten; dafür aber ein um so gröfseres theoretisches. Denn wie unsere historische Übersicht lehrt, sind den Impetigoforschern auf diesem Gebiete die meisten Mifsverständnisse und Irrtümer begegnet. Die durch die wahren eitererregenden Staphylokokken hervorgerufenen Bläschen sind auch wirklich wahre Oberhautabscesse, schiefsen sofort als halbkugelrunde, grünlichgelbe Eiterpusteln mit feinem, entzündlichen Halo auf, die nicht sofort gerinnen, sondern als solche länger bestehen bleiben und schliefslich eine relativ kleine und dünne Kruste bilden. Sodann sind sie überhaupt selten und stets — aufser in Ausnahmefällen von eigentümlicher Masseninfektion — nur vereinzelt, kommen aber dafür am ganzen Körper und öfter bei Erwachsenen als bei Kindern vor. Endlich bleiben sie nur kurze Zeit als Impetigines bestehen und führen durch Eindringen der Staphylokokken in die Hautfollikel nach einiger Zeit fast regelmäfsig zu den schmerzhaften und ernsten Krankheitsbildern der Folliculitis und des Furunkels oder unter Umständen sogar zu Abscessen, Panaritien und Phlegmonen. Wie man sieht, giebt es kaum ein klinisches Symptom, in welchem die staphylogene Impetigo, historisch: die Impetigo Bockhart, sich nicht prinzipiell von der Impetigo vulgaris unterschiede. Die Unterschiede sind extrem und selbst für den Anfänger leicht fafslich.

Ebenso lediglich in theoretischem Sinne interessant ist die Differentialdiagnose der Impetigo vulgaris von der äufserst seltenen und prognostisch bösartigen Impetigo streptogenes. Eine Analogie besteht eigentlich nur in dem Umstande, dafs auch die letztere Impetigoart zunächst ein seröses Exsudat bildet; dasselbe gerinnt aber nur langsam, sodafs die schlaffen, graugelblichen, trüben, meist grofsen Blasen längere Zeit bestehen bleiben. Dieselben sind bei Kindern in seltenen Fällen am ganzen Rumpf zerstreut und führen lokal allmählich zur Nekrose der Haut und allgemein zur Sepsis. Ich habe in vivo nur zwei Fälle kurz ante mortem beobachtet und einen dritten am Leichentisch. Das ungemein grofse Interesse dieser Fälle besteht hauptsächlich darin, dafs sie in negativem Sinne die schon im historischen Teile aufgeworfene Frage beleuchten und entscheiden helfen, ob die Impetigo vulgaris durch Streptokokken erzeugt sei. Die wahre Impetigo streptogenes ist eine äufserst deletäre Affektion und absolut verschieden von der Impetigo vulgaris.

Die Prognose der Impetigo vulgaris ist stets eine durchaus günstige. Sie heilt bei einiger Sorgsamkeit leicht und hinterläfst aufser einigen roten Flecken überhaupt keine Residuen, bildet auch nie die Eingangspforte für andere und schwerere Affektionen. Sie setzt der Heilung nur dann einen längeren Widerstand entgegen, wenn in der Umgebung der Impetigokinder die einfachsten Regeln der Reinlichkeit mifsachtet werden, was allerdings öfter der Fall ist.

Die Therapie der Impetigo vulgaris hat sich vor allem des Um-

standes zu erinnern, daſs die wichtigste Gelegenheitsursache für die Haftung und Ausbreitung der Impetigobläschen eine abnorme Durchfeuchtung der Oberhaut ist. Denn nur diesen Sinn kann es haben, wenn die beständig von Sekreten befeuchtete Haut in der Umgebung des Mundes und der Nase von kleinen und unsauberen Kindern, wenn ferner die von Sekreten bespülte Haut in der Umgebung von thränenden Augen bei Conjunctivitis und von mit Otorrhoe behafteten Ohren die hauptsächlichsten Prädilektionsstellen der Affektion abgeben. Deshalb ist neben Entfernung der Infektionskeime selbst eine Trockenlegung der Haut unsere wichtigste Indikation. Aus diesem Grunde eignen sich Salben, welche die Durchfeuchtung der Haut nicht aufheben, im allgemeinen weniger zur Behandlung als Pasten und unter diesen am meisten die am stärksten eintrocknende, die Zinkoxyd-Schwefel-Paste. Der einfachste Heilplan ist mithin der folgende, der in unserer Poliklinik seit Jahren stets mit raschem Erfolg gekrönte. Die kokkenhaltigen Krusten werden mit einem stumpfen Instrumente sanft entfernt, bei auf dem behaarten Kopfe lokalisierten Efflorescenzen durch Abschneiden oder Rasieren der Haare. Die feuchten, erodierten Hautstellen werden dann mit lauwarmem Seifenwasser gründlich gereinigt und sodann mehrmals täglich mit Zinkschwefelpaste dick bestrichen. Die zuerst sich wieder bildenden Krusten müssen täglich einmal wieder entfernt werden. Doch läſst ihre Bildung bald nach und in einigen Tagen sind selbst Efflorescenzen von langem Bestande eingetrocknet und frisch überhornt. Ein längerer Fortgebrauch der Zinkschwefelpaste ist ratsam, ebenso häufiges Waschen. Eine verstärkte Desinfektion der Haut nach Abhebung der Krusten, etwa mit Sublimatlösung, ist natürlich rationell, aber schmerzhaft und unnötig. Möglicherweise wäre die beiden Indikationen — Desinfektion und Trockenlegung — auf einmal genügende Applikation von Alkohol sehr gut als Heilmittel zu verwerten, doch sind die Versuche damit noch nicht ausgedehnt genug, um ein abschlieſsendes Urteil zu erlauben.

Histologie der Impetigo vulgaris.

Der klinischen Definition der Impetigines im allgemeinen entspricht auch eine allgemein gültige histologische. Unter dem — meistens schon durch unsere heutigen Färbemethoden nachweislichen — Eindringen von Mikroorganismen in einen Riſs der Hornschicht oder in die Haarspalte entsteht in akuter Weise eine Abhebung der Hornschicht ohne oder mit Teilen der Stachelschicht an umschriebenen Stellen der Haut, indem ein seröses, leukoseröses, fibrinöses oder rein leukocytäres Exsudat aus den Gefäſsen der Cutis angelockt wird, um nach kürzerem oder längerem Bestande des so entstandenen Bläschens mit der Hornschicht zu einer feuchten Kruste oder trockeneren Schuppe zu verschmelzen, die dann durch nachrückendes

Oberflächenepithel narbenlos abgehoben wird. Innerhalb dieses allgemeinen Rahmens giebt es aber die mannigfachsten einzelnen Bilder und jede klinisch besondere Art der Impetigo zeigt uns auch histologisch wirklich ein eigenartiges, charakteristisches Bild. Dasjenige der Impetigo vulgaris hat uns über alle jene Besonderheiten Aufschlufs zu geben, die diese Impetigoart ihrer Form und ihrem Verlaufe nach von anderen und hauptsächlich von den nahverwandten und oft mit ihnen verwechselten Bläschen des Ekzems, der Impetigo staphylogenes und Impetigo circinata unterscheiden.

Das erste Symptom der Impetigo vulgaris sowohl bei spontaner Entstehung, wie bei gelungener künstlicher Impfung, ist ein roter Fleck oder eine kleine rote Papel von nur 1/2—1 mm Durchmesser, auf der sehr rasch ein sehr kleines helles, am nächsten Tage getrübtes Bläschen aufschiefst. Schon die klinische Beobachtung lehrt, dafs dasselbe an einem Lanugohaarbalg lokalisiert ist, und die mikroskopische Untersuchung zeigt, dafs dieses primäre Bläschen innerhalb des erweiterten Follikeltrichters sitzt und von einem Lanugohärchen durchbohrt wird. An diesem letzteren sind die Impetigokokken abwärts gewandert und umgeben das Haar unter Umständen als kontinuierliche Kokkenscheide. Dieses follikuläre Impetigobläschen ist oben von der Hornschicht des Follikelausgangs, seitlich von der Stachelschicht des Haarbalgtrichters begrenzt und enthält neben Serum eine grofse Anzahl von Leukocyten, die, besonders in der Nähe des Haarschaftes, einzelne Impetigokokken aufnehmen.

Mit dieser primären, follikulären Impetigo kann die Impetigo vulgaris abortiv abheilen unter Abschub eines winzigen Börkchens, bestehend aus Hornschicht, geronnenem Serum, Leukocyten und Kokken. Dieselbe hatte dann klinisch nichts Charakteristisches und kann auch histologisch von einem follikulären, primären Ekzembläschen nur sehr schwierig unterschieden werden, während die Differenzierung von einer staphylogenen Impetigo stets leicht gelingt, da bei letzterer das Exsudat fast allein aus Leukocyten besteht, die rasch absterben und keine Kokken in sich aufnehmen. Auf dieses primäre, gröfstenteils in den Follikeleingang versenkte Impetigobläschen folgt nun klinisch erst das für die Impetigo vulgaris charakteristische Stadium der Kruste und es ist bezeichnend gerade für diese Affektion, dafs das erste Stadium nicht kontinuierlich, z. B. durch allmähliche Vergröfserung des Bläschens und darauf folgende Verkrustung desselben, ineinander übergehen, sondern dafs die Kruste gleichsam spontan unter Verschwinden des primären Bläschens und gleich in der definitiven, beträchtlichen Gröfse von 5 mm Durchmesser und mehr entsteht. Über dieses auffallende Phänomen mufs uns das histologische Bild Aufschlufs geben, wenn es überhaupt zur Erklärung der Affektion beitragen soll — und dasselbe thut es. Es zeigt sich nämlich, dafs die Kruste garnicht

aus dem primären Bläschen entsteht, sondern oberhalb des letzteren aus einem sekundär sich entwickelnden und zum Unterschied von jenem an der Oberfläche des Deckepithels sich entwickelnden zweiten Bläschen.

Wenn das erste, follikuläre Bläschen nämlich nicht sofort abortiv eintrocknet, schliefst sich in der Umgebung des Follikeleingangs eine rasch bis zum Durchmesser von 4—5 mm konzentrisch fortschreitende Abhebung der Hornschicht daran. Der so sich bildende Hohlraum füllt sich mit klarem, leukocytenfreien Serum, dem eine grofse Tendenz zur Gerinnung innewohnt. Es bildet sich hier also nicht eine schlaffe, als solche länger bestehende Blase, sondern eine flache gespannte Blase, die im selben Mafse zu einer Kruste gerinnt, wie sie sich vergröfsert, als selbständige, transparente Blase mithin garnicht in die Erscheinung tritt. Auf einem wohlgelungenen, centralen Schnitt des Impetigo vulgaris-Bläschens in diesem Stadium sieht man sehr deutlich, wie das sekundäre verkrustende Bläschen als eine flache Scheibe das tiefer sitzende, centrale, serös-eitrige, follikuläre Bläschen überlagert. Man sieht hier auch sehr gut, dafs die Entstehung dieses flachen, sekundären Bläschens und der daselbst folgenden Kruste ebenfalls an die Ausbreitung der Impetigo vulgaris-Kokken gebunden ist. Während sie aber das primäre Bläschen erzeugten von ihrem Sitze am Haare aus, findet man sie hier unterhalb der Hornschicht, soweit die Abhebung reicht, in kleineren und gröfseren Gruppen und Haufen verteilt. Das aussickernde klare Serum begünstigt die Entstehung von sehr schönen, wohlausgebildeten Drusen, die sich von den eckigen, kompakten Drusen der Morokokken und den traubenförmigen der Staphylokokken durch ihre kurzen, gespreizt stehenden Ausläufer unterscheiden.

Dieser Verlauf der Impetigo vulgaris-Efflorescenz in zwei voneinander getrennten Schüben unter zeitlicher, örtlicher und formaler Verschiedenheit der entsprechenden Bläschen erklärt nicht nur vollkommen jenes auf den ersten Blick paradoxe klinische Verhalten, sondern genügt auch durchaus, um dieselbe von den Efflorescenzen des Ekzems, der Impetigo circinata und Impetigo staphylogenes zu unterscheiden. Beim Ekzem hat man ja allerdings auch zwei verschiedene Kategorien von Bläschen zu unterscheiden, ein akutes, primäres Bläschen, welches sehr häufig, vielleicht immer ein follikuläres ist und die Gruppe der Bläschen, wie sie das chronische Ekzem zeitigt. Von dem akuten (Impetigo-)Bläschen des Ekzems haben wir schon gesagt, dafs es dem primären Impetigo vulgaris-Bläschen zum Verwechseln ähnlich ist, auch histologisch. Es giebt dagegen kaum gröfsere Verschiedenheiten als zwischen dem sekundären Bläschen der Impetigo vulgaris und dem sekundären Bläschen des chronischen Ekzems. Jenes zeigt eine dicke, gleichmäfsig flache Serumscheibe unter der intakten Hornschicht, diese unregelmäfsig ver-

sprengte leukoseröse Bläschen innerhalb einer stark veränderten, parakeratotischen, ödematösen Oberhaut. Es ist ein Unterschied ganz analog der klinischen Differenz zwischen der akuten krustösen Impetigoefflorescenz und dem chronischen Ekzemfleck. Die Impetigo circinata kennt keine zwei in verschiedenen Etappen kommende Bläschenschübe, sondern nur eine einheitliche, oberflächlich ziemlich unbegrenzt fortschreitende Blase mit geringem Exsudat und ohne Gerinnungstendenz, weshalb ihr auch ein schuppiger und kein krustöser Charakter zukommt. Einheitlich ist auch die reine Eiterblase der Impetigo staphylogenes und wo sich an sie Folgezustände anschliefsen, handelt es sich um tiefergehende Prozesse, um Folliculitis und Furunkel.

Charakteristische Symptome ergeben sich auch bei Betrachtung der weiteren Veränderungen der Impetigo vulgaris-Efflorescenz. Sehr gering sind dieselben an der Stachelschicht unterhalb der Bläschen. Man findet nur die Lymphspalten derselben erweitert und nur die direkt mit dem Bläschen in Kontakt stehenden Epithelien passiv erweicht und deformiert, aber nirgends degeneriert. Die Erweiterung des Lymphspaltensystems auf Kosten der Epithelien ist wesentlich geringer als beim chronischen Ekzem und nur stellenweise nimmt die oberste Stachelschicht spongoiden Habitus an. Vollständig entfernt sich aber diese Affektion vom Ekzem in dem Mangel an Mitosen; was hier durch die Blasenbildung an Epithel verloren geht, ersetzt sich nur langsam, und während beim Ekzem regelmäfsig schon nach kurzem Bestande das Leistensystem der Oberhaut hypertrophisch ist, bleibt der Epithelgrund nach Abfall der Impetigo vulgaris-Kruste noch längere Zeit erheblich verdünnt zurück. Dieser Mangel an reparativer Kraft spricht sich klinisch darin aus, dafs der Grund der Impetigoefflorescenzen niemals eine papulöse Verdickung analog der eines Ekzemfleckes zeigt.

In einem bemerkenswerten Kontrast zu dieser „epithelialen Indifferenz“ steht der weitreichende entzündliche und proliferative Einflufs der Impetigokokken auf die Bestandteile der Cutis. Die Blutgefäfse der Haut sind im Bereiche der Kruste alle stark erweitert, in viel gröfserer Tiefe als man es erwartet und als es bei einem Ekzem von gleich kurzem Bestande je gefunden wird. Zu dieser Dilatation der Gefäfse gesellt sich eine auffallend starke Hypertrophie der Perithelien und aller übrigen Bindegewebszellen, die an vielen Stellen soweit fortschreitet, dafs Gruppen von Plasmazellen entstehen. Auch die Anzahl der Mastzellen ist erheblich vermehrt. Diese Produktivität des Bindegewebes steht in scharfem Kontrast zum Ekzem. Es ist bekannt, dafs nur bei sehr alten, chronischen Ekzemen die Hypertrophie des Bindegewebes den Papillarkörper nach abwärts überschreitet und die ganze Cutis ergreift und dafs es selbst in solchen Fällen nur selten und ausnahmsweise zur Bildung

vereinzelter Plasmazellen kommt. Diese starke Beteiligung und dieser Zellenreichtum der Cutis bei der Impetigo vulgaris ist noch in einer anderen Beziehung interessant. Denn es fehlt trotz derselben jede klinische tastbare Härte und pathologische Verdickung der Haut. Mithin kann die Härte und Verdickung beim Ekzem nicht auf die daselbst noch geringere Infiltration mit Zellen bezogen werden, wie es ganz allgemein geschieht. Wir haben dagegen schon bei vielen Gelegenheiten darauf hingewiesen, dafs die sogenannte Infiltrationshärte und Verdickung beim chronischen Ekzem, die man durch das Gefühl beim Rollen einer Hautfalte bemifst, der Hauptsache nach direkt proportional der Verdickung und Hypertrophie der gesamten Oberhaut ist.

Die auffällige Erweiterung der oberflächlichen und tiefen Hautgefäfse zusammen mit der Verdünnung der Oberhaut nach Abfall der Krusten giebt nun auch die vollständige Erklärung für das klinische Symptom der roten Flecke, welche an Stelle der Impetigo vulgaris — im Gegensatz zum Ekzem — noch sehr lange nach Abheilung der Oberhauteffloreszenzen verbleiben und ein so charakteristisches Wahrzeichen abgeben, dafs man auch beim Fehlen jeglicher Bläschen und Krusten aus ihnen allein in der bekannten topographischen Anordnung die überstandene Impetigo diagnostizieren kann.

Eine nicht ganz seltene Abweichung des hier geschilderten Verlaufes findet sich, besonders bei unreinlichen Individuen, in der Mund- und Nasengegend und an den Fingern, indem das primäre, follikuläre Bläschen sich als solches bis zum Durchmesser von 4—5 mm vergröfsert und die Bildung eines sekundären oberflächlichen Bläschens wegfällt. Es entsteht dann das durchaus atypische Bild einer schlaffen, gröfseren Blase mit leukoserösem Inhalt, in welcher bei längerem Bestande sich der Eiter an der abhängigsten Stelle hypopyonartig absetzt, während darüber die Blase hell und durchscheinend bleibt. Wenn solche Blasen eingerissen werden, so bilden sich ungewöhnlich weiche, breiartige, atypische Krusten, die mit Eiter durchsetzt sind. In einem genau verfolgten Falle dieser Art stellte sich heraus, dafs es sich um eine Mischinfektion von Impetigokokken und Streptokokken handelte. Es ist demnach wahrscheinlich, dafs jene Autoren, welche gröfsere Blasen bei der Impetigo vulgaris beschreiben, und diejenigen, welche Streptokokken für die Erreger halten, derartige Mischinfektionen vor sich gehabt haben.

Es erübrigt in histologischer Beziehung nur noch, einige Bemerkungen über die Struktur der pathognomonisch so wichtigen Krusten beizubringen. Dieselben bestehen der Hauptsache nach aus geronnenem Serum, stellenweise, wie Fibrinfärbungen der Schnitte zeigen, durchsetzt von fädigem Fibrin. Krusten, welche als erste von ihrem Platze entfernt werden, zeigen sich an der Oberfläche noch von einer dünnen normalen Horn-

schicht bedeckt. Die von derselben Stelle öfter entfernten zeigen natürlich keine Hornschicht mehr und unterscheiden sich dadurch allein schon von allen, noch so feuchten Ekzemkrusten, die stets zum grofsen Teile aus Hornschicht bestehen. Der Querschnitt einer solchen Impetigokruste ist gefeldert oder etagenförmig gebaut und die verschiedenen Abschnitte pflegen sich gegenüber den Färbungen etwas verschieden zu verhalten. Der Kokkengehalt der Krusten wechselt je nach dem Alter in ziemlich regelmäfsiger Weise. Man findet einen reichlichen Gehalt an Impetigokokken schon in allen Krusten, die 3—4 Tage auf der Haut gesessen haben. Nimmt man eine solche ab und läfst sich eine neue Kruste an Ort und Stelle durch aussickerndes Serum bilden, so ist es am ersten Tage schwer oder unmöglich, die vereinzelten Kokken in der jungen Kruste auf dem Schnitte nachzuweisen. Will man es doch, so desinfiziert man die Kruste äufserlich und bringt sie für 1 Tag auf Nähragar. Dann ist der Nachweis auf dem Schnitte leicht. Oder man läfst dieselbe wieder 2—4 Tage in ihrer Lage; die Kokken haben sich dann zu leicht nachweisbaren Drusen, Haufen und Rasen weiterentwickelt. Läfst man die Krusten länger sitzen, z. B. 8—14 Tage, so finden sich allmählich andere Organismen ein, Kokken, Bacillen und Hefen, die man durch ihre Lagerung, zunächst an der Peripherie der Kruste, im Gegensatz zu den von vornherein mehr oder minder gleichmäfsig über die Kruste verteilten Impetigokokken leicht als Saprophyten erkennt. Eine wesentliche Beachtung verdienen unter diesen Eindringlingen hauptsächlich die echten eitererregenden Staphylokokken und Streptokokken, da ihnen von früheren Autoren eine ätiologische Bedeutung für die Impetigo vulgaris zugeschrieben wurde. Häufen sich diese sekundären Eindringlinge bei unreinlichen Individuen und solchen, welche an anderen Eitererkrankungen der Haut leiden, frühzeitig in den Krusten an, so können sie, wie bereits hervorgehoben, den serofibrinösen Charakter der Affektion modifizieren und in einen purulenten verwandeln. Derartige Fälle sollten sorgfältig vom Studium der reinen Impetigo vulgaris ausgeschlossen werden.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Geschichte der Syphilis in China und Japan.

Von

Dr. TATSUHIKO OKAMURA
aus Tokio (Japan).

Selten ist jemand frei von Eitelkeit,
ebenso selten entgeht man der Lues.
(Japan. Sprichwort.)

Wenn ich das uralte Sprichwort meiner historischen Skizze als Motto voranstellte, so geschah dies nicht in der Absicht, den japanischen Volkshumor zu charakterisieren; ich wollte damit nur zeigen, wie gut die weite Verbreitung eines aus dem geschlechtlichen Umgange zumeist entspringenden Leidens seit langer Zeit in der niederen Bevölkerung meiner Heimat bekannt ist. Merkwürdigerweise hat sich die Wissenschaft dieses Gegenstandes noch nicht in gerechtem Umfange angenommen.

Wiewohl sehr viele gediegene und ausführliche Darstellungen der Geschichte der Lustseuche in Europa sowie den aufsereuropäischen Ländern existieren, finde ich doch nur sehr wenige und ungenaue Mitteilungen in der diesbezüglichen Litteratur, die sich auf die Geschichte der venerischen Krankheiten in China und Japan beziehen. Selbst in dem grofsen Werke des bekannten Historiographen J. K. PROKSCH finde ich Angaben über diese Verhältnisse, welche mit den Ergebnissen meiner seit mehreren Jahren betriebenen geschichtlichen Studien durchaus nicht übereinstimmen. Über das erste Auftreten der Lues in China und Japan sind in diesen Ländern fast ebenso wie in Europa die Ansichten geteilt; manche nehmen an, dafs sie seit dem Altertume, andere, dafs sie erst seit einigen Jahrhunderten dort bestehe. Den Grund zu diesen Streitigkeiten geben einerseits der Mangel medizinischer Werke und Schriften aus dem Altertume, anderseits lassen die Nachrichten alter Autoren, die sich mit der Beschreibung der Krankheiten befafst haben, an Deutlichkeit und Ausführlichkeit viel zu wünschen übrig. In früherer Zeit rechnete man nämlich alle venerische Krankheiten: Gonorrhoe, Ulcus durum und molle, überdies verschiedene Hauterkrankungen und dazu noch eine Art von Hämorrhoiden zur Lues. Allerdings stand damals die Symptomatologie und Diagnostik auf einer sehr tiefen Stufe.

Alle diese Gründe veranlassen mich, meine Schlüsse nur aus jenen Angaben und Schilderungen zu ziehen, welche Krankheitserscheinungen zum Gegenstande haben, die nach unseren gegenwärtigen Anschauungen unzweifelhaft zum Symptomenbilde der Syphilis gehören.

In den ältesten Zeiten stand Japan einzig und allein nur mit China und Korea im Verkehr; auch die alte japanische Medizin ist zum größten Teile auf chinesischen Ursprung und ebensolche Einflüsse zurückzuführen; ich kann daher nicht umhin, bei der Geschichte der Lues in Japan auch die Geschichte der Lues in China wenigstens teilweise zu streifen. Wenn auch vor ungefähr dreihundert Jahren die Portugiesen und Niederländer der europäischen Medizin in Japan allmählich Eingang zu verschaffen suchten, war ihr Einfluſs dennoch kein groſser, so daſs die ältere Syphilidologie mehr auf chinesischer als europäischer Grundlage fuſste.

I.

Der Zeitpunkt, an dem die Lues zum erstenmale in China debutierte, läſst sich nicht mit Genauigkeit angeben. Johann Astruc (1737) und später Kapitän P. Dabry (1863) geben an, daſs die Lues schon im Altertume in China bekannt war, und berufen sich dabei auf einige alte Werke. Nun existiert zwar ein Buch namens Sú-man, das der Tradition zufolge beiläufig dreitausend Jahre vor unserer Zeitrechnung entstanden ist, und welches eine kurze Andeutung über venerische Krankheiten im allgemeinen enthält. Es ist ein Teil jenes groſsen Werkes Noi-king, das unter dem Kaiser Hong-tai verfaſst wurde. Das Einzige, was ich darin über venerische Krankheiten gefunden habe, ist der kurze Satz: „Es kommt in den Genitalien ein Geschwür vor". Die genauen Angaben und Beschreibungen von Gonorrhoe, Lues etc., welche Kapitän Dabry daraus geschöpft haben will, fand ich trotz eifrigsten Studiums und Suchens nicht. Das zweitälteste medizinische Werk, das von dem berühmten Autor Chéung-chung-king aus dem Jahre 200 nach Christus, heiſst Kam-kwai-ui-leuk. Auch dieses enthält über Genitalaffektionen nur wenige Worte: „Es giebt Geschwülste in den Genitalien, die ulcerieren". Über den Tripper dagegen habe ich hier schon einzelne kurze Angaben gefunden.

Drei Jahrhunderte nach Christus erschien ein Buch Chau-hau-fong, worin der Verfasser Kot-hung schon detailliertere Beschreibungen giebt: „Es giebt zwei Arten der Genitalgeschwüre. Das eine hat die Gestalt eines Mörsers, es bildet eine Vertiefung mit umgebendem Wall und sondert Eiter ab. Das andere stellt eine rötliche Entzündung vor."

Später (beiläufig 620—680 n. Chr.) verfaſste Sün-sz-mok das Werk Tsin-kam-fong, worin er uns folgendes über Genitalerkrankungen mitteilt: „Das Genitalgeschwür ist hirsekorngroſs, näſst und juckt. Es giebt aber noch eine zweite Form des Genitalgeschwürs, welches bei Männern an der Glans penis, bei Weibern in der Vulva seinen Sitz hat und wie ein Mörser aussieht." Von diesem Geschwür teilt er weiter mit, daſs es sehr schmerzhaft sei. Auſserdem erwähnt dieser Autor noch gelegentlich ein drittes Geschwür, das aber keine Schmerzen bereitet. Ich bemerke bei-

läufig bei dieser Gelegenheit, dafs SÜN-SZ-MOK ebenso wie andere chinesische Ärzte jener Epoche das Ekzem und die durch ein besonderes Tierchen am Genitale hervorgerufene Hautaffektion (Scabies) schon sehr gut kannten.

In anderen medizinischen Büchern dieser Zeit ist ebenfalls eine kurze ähnliche Beschreibung des Genitalgeschwürs enthalten; einige führen den Namen „Schanker" schon an. Meiner Meinung nach aber ist dieser zu jener Zeit in China gebrauchte Ausdruck nicht in dem heutigen Sinne als Bezeichnung blofs venerischer Geschwüre aufzufassen, sondern dient zur Bezeichnung für Geschwüre, Geschwülste und andere Hautaffektionen an Genitalien im allgemeinen, wie ich sie schon oben angeführt habe.

Ein Werk, das bereits genaue Angaben über venerische Erkrankungen enthält, ist Ngoi-fo-tseng-i, welches TSAI-TAK-CHÍ (1300) zum Verfasser hat; dieser Arzt beschreibt drei Arten venerischer Geschwüre folgendermafsen: „Das eine ist eine juckende Flechte, welche näfst und secerniert wie die Scabies. Das andere entwickelt sich auf den Genitalien, bringt dieselben zum Schwellen und ruft schmerzhaftes Jucken hervor. Die dritte Affektion ist hartnäckig und schwer heilbar. Sie bringt das Genitale zum Schwellen, ruft eine Entzündung mit heftigen Schmerzen hervor. Der Urin ist wie beim Tripper. Oder es tritt nach 10—15 Tagen eine Ulceration auf, aus welcher sich blutiger Eiter entleert."

Die Angaben über venerische Krankheiten in den alten medizinischen Werken, deren Verfasser die bedeutendsten Forscher Chinas sind, sind also, wie wir gesehen haben, so gering, dafs ich an der Existenz der Lues im Altertume zweifle, zumal diese Werke sehr beachtenswerte ausführliche und genaue Darstellungen und Beschreibungen der Hautkrankheiten, der Lepra, des Ekzems etc. enthalten.

Die japanischen Ärzte früherer Epochen befafsten sich mit der chinesischen Sprache intensiv und beherrschten dieselbe vollkommen, so dafs ihnen die gröfste Autorität bezüglich ihrer Anschauungen über die Verbreitung der Lues eingeräumt werden darf, umsomehr da sie viele ihrer Werke in chinesischer Sprache verfafsten. Diese alle haben mit Ausnahme der von mir oben citierten Angaben keine bestimmte Beschreibung der Lues in den alten medizinischen chinesischen Werken gefunden. Allerdings gehen aber auch einige unserer alten Landes-Autoren so weit, dafs sie schon aus diesen so dürftigen und mangelhaften Angaben an eine Existenz der Lues in China im Altertume glauben.

Erst im fünfzehnten Jahrhundert (zu Ende der Dynastie „Min") wird Syphilis als eine spezielle Krankheit beschrieben. Dafs der Tripper schon vorher bekannt war, habe ich ja vorhin erwähnt. Bubonen kannte man um 1200 n. Chr. herum, aber genauere Beschreibungen derselben erfolgten erst nach dem Auftreten der Syphilis. Viele Publikationen, die nach dem

Bekanntwerden der Syphilis erschienen, haben Syphilis, Bubonen und Tripper in eine Beziehung zu bringen gesucht.

Über das erste Auftreten der Syphilis in China giebt das Buch Tsuk-i-shüt, dessen Verfasser Ü-PIN (1550—1600) ist, folgenden Aufschlufs: „Zu Ende der Periode Wang-chí (Min-Dynastie) — nach europäischer Rechnung ca. 1488—1505 — wurde die Bevölkerung Chinas, namentlich die der südlichen Provinz „Kwong-tung" (Kanton) von einer exanthematischen, bösartigen Krankheit befallen, welche bezüglich der Farbe des Exanthems eine Ähnlichkeit mit der Pflanze Yéung-mui (Myrica rubra) hat und daher auch so benannt wird: Yéung-mui-chóng (chóng = Geschwür, Ausschlag). Weil die nördlichen Bewohner davon verschont wurden, benannte man dieses Übel auch nach seinem ersten Ausgangspunkte Kwong-tung-chóng (Geschwür, Ausschlag, welcher von Kwong-tung stammt)."

Man nimmt an, dafs die Krankheit im Jahre 1504 n. Chr. durch ein europäisches Handelsschiff eingeschleppt wurde, welches in den Hafen von Kwong-tung einfuhr, weil gerade damals die Bevölkerung von dieser furchtbaren Infektionskrankheit heimgesucht wurde. Um diese Zeit erschienen auch zahlreiche Bücher, welche unter anderem sehr eingehende Beschreibungen und Abhandlungen über Syphilis, darunter über Schanker, Hautausschläge, latente und hereditäre Syphilis, Kontagiosität und Therapie enthielten. Auch existiert aus dieser Zeit ein spezielles Buch Mui-chóng-pi-luk über Syphilis, welches der Arzt CHAN-SZ-SHING (1600 n. Chr.) geschrieben und publiziert hat. Da wird der Name Lues „Mui-chóng" (Mui = Pilz, Chóng = Geschwür, Ausschlag) zum erstenmale gebraucht. Dieser Autor hatte auch die Ansicht, dafs die Lues damals in China zum erstenmale aufgetreten sei, aber er führt als Ursache miasmatisch-kontagiöse Einflüsse an: „Im südlichen Teile Chinas ist der Boden sehr feucht und warm, daher hält sich der Schmutz und Kot im Boden viel länger; und wenn der Frühling kommt, treten die Miasmen mit dem feuchten Gifte aus dem Boden hervor und rufen, je nachdem sie mit einem lebenden oder leblosen Gegenstande in Berührung kommen, ein Geschwür oder einen Pilz hervor."

In einem anderen Buche dieser Zeit namens Chik-shui-ün-chü wird von dem Autor SÜN-YAT-KWAI (1580) schon die Kontagiosität der Krankheit besonders hervorgehoben. Es heifst dort, dafs man durch einen unreinen Coitus mit einer Prostituierten leicht luetisches Virus erwerben könne, welches dann einen Schanker oder allgemeine Syphilis verursache.

Im allgemeinen sind in den medizinischen Werken jener Zeit die Schilderungen des Primäraffektes klarer und übersichtlicher: Primäraffekte kommen in den Genitalien vor; häufig komplizieren sich dieselben mit Anschwellung der letzteren. Manchmal ulceriert der ganze Penis und wird gangränös. Was das Aussehen der Primäraffekte betrifft, so stellen

sie ursprünglich hirsekorngroſse Flecken vor, welche dann härtere Konsistenz annehmen und im Centrum eine Konvexität zeigen.

Die Hautaffektionen haben die Chinesen sehr genau nach ihrer Form, Farbe, Glanz und Lokalisation unterschieden und dementsprechend benannt. So z. B. beschreiben sie Exantheme, welche Flecken bilden in der Farbe der Myrica rubra, andere, welche dunkelrote Flecken zeigen, wieder andere, welche pustulösen oder vesikulösen Charakter haben und viele andere mehr. Auch die Anschwellung der Lymphdrüsen war ihnen wohlbekannt, und zwar wird in den Beschreibungen den venerischen Bubonen besondere Aufmerksamkeit geschenkt: „Bubonen entwickeln sich in der Inguinalgegend. Sie schwellen plötzlich an, verursachen heftige Schmerzen und ulcerieren.“ (Aus Mán-peng-ui-chun des KUNG-TÍNG-IN 1588.) Über die späteren Formen der Syphilis hatten die Chinesen damals folgende Anschauung: Wenn sich das syphilitische Virus über den ganzen Körper verbreitet, treten in den verschiedensten Organen Anschwellungen mit Fieber, Schmerzen, Ulcerationen und anderen Folgezuständen verbunden auf. Weil nun die chinesischen Ärzte in vielen Fällen nach 20—30 Jahren, während welcher Zeit sich keinerlei Symptome gezeigt hatten, das Auftreten gummatöser Erscheinungen beobachteten, nannten sie die spätere Form der Syphilis auch „gebundenes“ Gift. Ich will einige diesbezügliche Zeilen aus Ngoi-fo-ching-tzung (Verfasser CHAN-SHAT-KUNG 1600 n. Chr.) citieren: „Das gebundene Gift verbirgt sich im Knochenmark, weil durch ungenügende Behandlung das Virus nicht vernichtet wurde. Deshalb fängt das Gift zuerst in den Muskeln und Knochen mit Schmerzen und Schwellungserscheinungen zu wirken an. Es giebt zwar keine Lokalisation für das erste Auftreten, aber meist sind schon vorher kranke Organe dazu prädisponiert. Wenn das Gift in einem Gelenke auftritt, gehen die betreffenden Muskeln und Knochen zu Grunde, und so bleibt Versteifung zurück. Tritt es aber im Munde und der Nase auf, zerstört es die betreffenden Gebilde, so daſs auch nach erfolgter Heilung die Nase eingesunken und die Lippen defekt bleiben. Wird der Rachen davon ergriffen, so ändert sich die Stimme. An den Extremitäten sind dann alle Bewegungen gehemmt. Die Syphilis quält nicht nur das betreffende Individuum während seines ganzen Lebens, sondern pflanzt sich auch auf seine Nachkommen fort, die mit diesem Leiden für die Ausschweifungen ihrer Vorfahren furchtbar büſsen müssen. Stillt daher jemand einmal in venere auf unerlaubte Weise seinen Trieb, so tragen er und seine Nachkommen hundertfachen Schaden davon.“

Auch andere Symptome der Syphilis sind den Chinesen nicht entgangen; wie z. B. die Anschwellungen der Lymphdrüsen, die Affektionen der Augen, Ohren, Eingeweide und des Nervensystems. Als maligne

Formen sahen sie die stark verbreiteten Ulcerationen und Absceſsbildungen in den Knochen, Muskeln und andern Organen an.

Über hereditäre Syphilis finde ich im letzterwähnten Buche folgendes erwähnt: „Man kann schon in der Fötal- und Embryonalperiode von der Seuche befallen sein, da die Keime das Virus bereits in sich tragen können. Nach der Geburt tritt das Gift zuerst in Form von roten Efflorescenzen auf, um dann in eitrige und geschwürige Flecke überzugehen. Die Geschwüre treten dann in den Mund- und Augenwinkeln, im Rachen, auf der Haut, in den Muskeln und Knochen auf; die Kinder sind dann sehr unruhig, schreien und lassen sich gar nicht stillen. Ergreift das Gift viele Organe, so ist es schwer heilbar und von hundert Kindern kommen sehr wenige davon." Die hereditäre Syphilis war sehr gefürchtet; man unterwarf sie einem sehr eingehenden Studium, so daſs wir ziemlich genaue Angaben über dieses Leiden aus jener Zeit besitzen.

Was die Therapie der Syphilis betrifft, so will ich bemerken, daſs schon im Altertum gegen viele Krankheiten, darunter auch venerische Geschwüre, der Gebrauch von Quecksilber in den verschiedensten Formen bekannt war. Als die Syphilis auftrat, benutzte man ebenfalls Quecksilber. Auſser Quecksilber gebrauchte man noch pflanzliche Medikamente, dann Arsen, Schwefel etc. Sün-tsz-mok (620—680) hat in seinem Buche empfohlen, venerische Geschwüre mit hocherhitzten Metallstäbchen zur Abschorfung zu bringen.

Chan-sz-shing gelang es, ein Mittel zu finden, dessen Hauptbestandteil Quecksilber war und das mit Schwefel und Arsen nebst anderen pflanzlichen Bestandteilen in eine sehr wirksame Form gebracht war. Dieses Mittel stand in China und Japan lange als das wirksamste und beste im Gebrauch. Es wurde entweder äuſserlich als Salbe, Pflaster oder Suppositorium, oder auch innerlich in Form von Pulvern und Pillen gegeben. In späterer Zeit verwendeten die Chinesen das Quecksilber zur Einreibungskur; die Quecksilbersalbe wurde mit dem Handteller auf die Planta pedis (!) gestrichen. Auch lieſs man die Patienten Quecksilberdämpfe einatmen oder die Dämpfe auf die Haut einwirken.

II.

Über die Herkunft der Syphilis in Japan läſst sich leider sehr wenig angeben.

B. Scheube[1] war der erste, der sich mit der Geschichte der Lues in Japan befaſste; dieser Autor hat sich mit anscheinend vielem Erfolge zu

[1] *Virchows Archiv.* 1883. XCI. — Auch J. K. Proksch benutzte in seiner „*Geschichte der venerischen Krankheiten*" zur Darstellung des Auftretens der Syphilis in Japan den Artikel Scheubes. Diese Ausführungen beziehen sich daher auch auf die von Proksch in dem erwähnten Werke vertretenen Anschauungen.

erweisen bemüht, dafs die Lues schon im Altertum in Japan bekannt war. Sein Bericht ist die Übersetzung eines sehr alten japanischen Werkes Dai-dô-rui-ju-hô, das aus den Jahren 800—810 n. Chr. stammen soll. Dieses Werk enthält nebst zahlreichen relativ genauen Beschreibungen von Affektionen an den Geschlechtsteilen speziell auch Angaben über Krankheitszustände, welche Scheube direkt als Lues ansieht. Ich möchte aber dennoch daran zweifeln, ob dieses Werk wirklich jener alten Zeit angehört. Die Echtheit desselben ist nach den Ansichten gediegener Kenner altjapanischer Litteratur noch lange nicht erwiesen. Überdies erscheint es mir zu gewagt, aus den in diesem Buche vorhandenen Angaben mit Sicherheit Lues anzunehmen, da dieselben doch nicht so prägnant sind, dafs sie keinen Zweifel zuliefsen. Jedenfalls ist diese Quelle allein nicht so mafsgebend, dafs ich mich entschliefsen könnte, an eine im Altertum sicher vorhandene Lues in Japan zu glauben. Ich halte es für überflüssig, die betreffenden Kapitel aus diesem Werke noch einmal zu citieren, nachdem Scheube alle genau übersetzt hat.

Aufserdem existiert noch ein zweites Buch namens Shin-i-hô, welches aus dem Altertume stammen soll, worin venerische Krankheiten ganz ähnlich wie in Dai-do-rui-ju-ho beschrieben werden. Ich glaube aber, dafs es viel später, ungefähr nach 1500 n. Chr., verfafst wurde, weil darin die Therapie grofse Ähnlichkeit mit derjenigen besitzt, welche späteren Epochen ganz eigentümlich ist und die auch in den viel später erschienenen medizinischen Büchern enthalten ist.

Nach diesem hatten wir Jahrhunderte lang kein so gutes Werk, welches ich zur Beweisführung anführen könnte; das Land war damals durch innere Unruhen sehr zerrüttet und konnte daher den Verkehr mit China und Korea nicht so aufrecht halten wie früher, weswegen es auch in der von diesen beiden Ländern in hohem Grade beeinflufsten und abhängigen Kultur und so auch in der Medizin stark zurückblieb.

Erst 1350 n. Chr. erscheint ein Buch, worin Geschwüre des Penis beschrieben werden, aber aus diesen unbestimmten und mangelhaften Angaben können wir nicht mit Sicherheit auf Lues schliefsen.

Die am Ende des sechzehnten Jahrhunderts verfafsten Bücher jedoch, darunter das damals ausführlichste Buch Kei-teki-shü (von Manase Doosan 1575 verfafst), enthalten schon Beschreibungen von Bubo, Schanker und syphilitischen Exanthemen, zeigen aber nicht nur in den Terminis technicis, sondern auch in den Mitteilungen selbst grofse Übereinstimmung mit jenen der chinesischen Bücher, die ich schon oben erwähnt und zum Teil auch citiert habe. Es beweist uns dies, dafs um diese Zeit die Lues bereits im Volke verbreitet war.

In den Büchern Dan-dok-ron (Verf. Hashimoto Hakuju 1811) und Baisoo-sadan, verfafst von Funakoshi Keisuke (1843) ist folgendes inter-

essante Kapitel zu lesen: „Im 12. Jahre der Periode Yeiroku (1569 n. Chr.) kamen viele fremde Handelsschiffe (Portugiesen und Chinesen) in den Hafen Nagasaki, der im Westen Japans liegt und damals für den Handel und Verkehr mit Fremden bestimmt war; von diesen nun wurde die Syphilis in Nagasaki eingeschleppt und von da über das ganze Land verbreitet; deshalb nannte man die Lues Too-kasa (Too = Fremde, kasa = Geschwür, Exanthem), ein von Fremden eingeschlepptes Geschwür." Auch benutzten viele spätere Autoren für Lues den Namen „Too-kasa" — obwohl sie andere Namen von den Chinesen, wie z. B. Bai-soo (Bai = Pilz, soo = Geschwür, Exanthem) oder Yoo-bai-soo (s. chin. Yéung-mui-chóng) oder Bai-doku (Bai = Pilz, doku = Gift) etc. dafür zur Verfügung hatten — und stützten darauf ihre Ansicht, dafs im Altertum noch keine Lues in Japan existierte.

Geschichtlich ist nachgewiesen, dafs um 1521 einige Fürsten der westlichen Provinzen Japans mit den Chinesen in sehr regem Handelsverkehr standen; auch wird erzählt, dafs damals japanische Piraten in den südlichen Küstengegenden Chinas ihr Unwesen trieben; deshalb ist es gar nicht ausgeschlossen, dafs durch diese die Lues in Japan noch mehr Verbreitung fand. Herrschte ja doch lange Zeit ein Sprichwort im Volksmunde, welches uns in dieser Ansicht bestärkt: „Die Syphilis der westlichen Provinzen ist bösartiger Natur." Dies beweist auch zum Teile, dafs die Lues aus dem Westen stammt.

Die Kenntnis der Syphilis in jener Zeit stammte also von den Chinesen und war in dieser überlieferten Form bei den damaligen japanischen Ärzten ziemlich gut verbreitet. Doch beschäftigten sie sich auch selbst eingehender mit dieser Krankheit und machten grofse Fortschritte. Alle unsere Ärzte teilten die Ansicht, dafs Schanker, Bubonen, syphilitische Exantheme und gebundenes Gift keine verschiedene Krankheiten wären, sondern durch ein und dasselbe Gift hervorgerufen würden; es gäbe keine Lues — ausgenommen die hereditäre Syphilis, — der kein Schanker vorausginge. Sie sagten: „Das syphilitische Gift wird durch Hautaufschürfungen, kleine Einrisse, Tripper oder Hämorrhoiden aufgenommen. Erst treten kleine Knötchen, entweder schmerzhaft oder schmerzlos, in den Genitalien auf; manchmal werden sie ulcerös oder nehmen gangränösen Charakter an und bringen Defekte am Hoden und Penis hervor. Auch in der Harnröhre treten sie auf und secernieren Eiter." (Aus „Bai lei-shin shó" des Katakura um 1787.)

Trotzdem sie den Unterschied zwischen Ulcus durum und Ulcus molle nicht kannten, haben sie doch sehr genaue Mitteilungen über Schanker, Bubonen und syphilitische Exantheme gemacht, desgleichen Lokalisation, Farbe, Form, Verlauf und Komplikationen der Ausschläge detailliert beschrieben. Über Syphilis selbst wurden damals solche Forschungen an-

gestellt, dafs sie noch für die heutige Syphilidologie Geltung haben. „Syphilitische Efflorescenzen treten entweder zerstreut oder in Gruppen gestellt, entweder hellrot oder dunkelrot auf; bilden später wässerige oder eiterige Bläschen, welche entweder nach Krustenbildung verschwinden oder sich weiter verbreiten. Das Auftreten der Exantheme ist öfters von Kopfschmerzen begleitet.“

Weiters beobachteten sie in späteren Stadien der Lues geschwürige (gummatöse) Erscheinungen im Munde, Rachen, auf der Zunge, Nase, an den Extremitäten, in Knochen und Muskeln; die Affektionen des Auges und Ohres, der Haarausfall entgingen ihnen ebenfalls nicht. Die Störungen des Nervensystems erweckten ihre Aufmerksamkeit, Paralyse oder Paraplegie auf luetischer Grundlage wufsten sie von Apoplexie anderen Ursprungs wohl zu unterscheiden.

Was die Kontagiosität betrifft, gab man schon damals als Ursache sowohl den unreinen Coitus als auch andere Kontaktinfektion an. Über erworbene Syphilis der Kinder schreibt Kagawa Shuan (1683—1755) in seinem Buche Koojo-igen folgendes: „Die Haut der Kinder ist sehr zart und geschmeidig; wenn die Amme syphilitisch ist, werden sie daher von derselben durch Berührung oder durch das Stillen leicht infiziert.“

Unsere Ärzte suchten Beziehungen des Trippers, der Hämorrhoiden und der Scabies als Nebensymptome zur Lues zu entdecken. Welch' hohen Grad der Verbreitung die Lues damals in sehr kurzer Zeit erreicht hatte, bestätigen uns die Angaben vieler Autoren, wovon ich eine aus dem Buche Baisoo-kooketsu, das von dem berühmten Arzt Nagatomi Dokushuan (1732—1766) verfafst ward, citieren will: „Die Lues existiert in Japan seit dem Mittelalter. In dieser Zeit verbreitete sich die Seuche im ganzen Lande. Es giebt keinen Ort, welcher von dieser Seuche verschont wäre. Als ich das Land bereiste, fand ich, dafs in gröfseren Städten 8—9 Personen unter 10 von dieser Krankheit befallen waren.“ Wenn wir auch bedenken, dafs Nagatomi in dieser Berechnung alle oben angeführten Leiden mit einbefafste, so zeigt dieser hohe Procentsatz immerhin, dafs die Lues zu jener Zeit aufserordentlich verbreitet war.

Der Arzt Funakoshi (1810) hat die Gefahren der Lues in Form eines Romanes geschildert, in dem sich Medizin und venerische Krankheiten befehden, um dem Laienpublikum die starke Verbreitungsgefahr und deren Folgen vor Augen zu führen.

Therapeutisch benützte man in erster Linie die von den Chinesen eingeführten verschiedenen Quecksilbermedikamente. Später brachten die Niederländer das Kalomel nach Japan, das ausgedehnte Verwendung fand. In Japan giebt es auch sehr viele Badeorte, die seit alters her von Syphiliskranken eifrig aufgesucht werden. Einige alte Ärzte empfehlen nach der Heilung noch eine Nachkur.

Schlufssätze:

Über ein Auftreten der Syphilis im Altertume in China und Japan existieren, wie ich oben erörtert habe, keine absolut zuverlässigen Angaben. Meine Ansicht geht mit derjenigen der meisten älteren japanischen und chinesischen Autoren dahin, dafs die Syphilis erst um die Mitte des sechzehnten Jahrhunderts nach China und Japan eingeschleppt worden sei. Nur das unerwartete Auftreten und die schnelle (geradezu epidemische?) Verbreitung einer bis dahin unbekannten Krankheit, der Lues, erklärt nach meiner Meinung das Erscheinen der grofsen Reihe von medizinischen Werken in jener Zeit, die sich mit diesem Leiden befafsten. Auch der Umstand, dafs gerade um jene Zeit die Lustseuche in Europa so verheerend wütete, scheint meine Annahme zu unterstützen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Februar 1899.

Originalbericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Ledermann führte eine Patientin vor, die an **Sklerodermie en plaques** leidet.

Hierauf stellt Isaac II einen Hausknecht vor, auf dessen rechtem Handrücken sich papilläre warzige Auswüchse zeigen. Es handelt sich um **Tuberculosis cutis verrucosa.** — Isaac demonstriert noch eine **binokulare Lupe,** welche auf jede Pupillendifferenz einstellbar ist. Sie ist von Westien-Zehender angegeben.

Alsdann hält Rosenthal Vortrag über: **„Die Polizeiverordnung vom 11. Juli 1898, betr. die Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten.“** Derselbe ist eine Auffrischung des fast vergessenen Regulativs vom 8. August 1835. Der Vortragende geht sehr ausführlich auf die juristische Bedeutung des Erlasses ein; er beleuchtet ihn im Verhältnis zum § 300 des Reichs-Straf-Gesetzbuches, welcher von dem unbefugten Offenbaren von Privatgeheimnissen handelt, welche dem Arzte bei Ausübung seines Berufes anvertraut resp. bekannt geworden sind. Der Arzt ist juristisch verpflichtet, der Verordnung hinsichtlich der Anzeigepflicht nachzukommen. Vom ethischen Gesichtspunkt mufs der Arzt: Statt nur zu helfen und zu heilen, sich zu der erniedrigenden Stellung eines Denunzianten herabwürdigen, mufs das ihm entgegengebrachte Vertrauen brechen und eine Mitteilung an die Polizei machen. Was nun die Bestimmung über die Meldung geschlechtskranker Soldaten angeht, so werden wir bei diesen in Zukunft entweder, um nicht denunzieren zu müssen, jede Untersuchung ablehnen oder wir werden dem Betreffenden in das Gewissen reden, ihm sein Leiden und die eventuellen Folgen in ausführlicher Weise vorhalten, um durch Überredung zu dem Schlufs zu gelangen, dafs er sich an seinen Militärarzt zu wenden habe. Die natürliche Folge wird sein: Er wird in die Hände der Kurpfuscher getrieben oder thut garnichts. Er will eben sein Geschlechtsleiden verheimlicht wissen. Um dies zu verhindern, wird man die Zahl der Untersuchungen und auch die Zeit, welche

auf diese verwendet wird, vermehren müssen. — Was nun die an Syphilis leidenden Civilpersonen angeht, so bestimmt die Verordnung, dafs die Anzeige dann erforderlich ist, wenn von der Verschweigung der Krankheit nachteilige Folgen für den Kranken selbst oder für das Gemeinwesen zu befürchten sind. Bei jeder Anzeige wird also die Polizei eingreifen. Das ist häufig eine materielle Schädigung des Kranken. Abhängige Personen, wie Dienstmädchen, Diener können alsdann leicht ihre Stellung verlieren, sobald ihre Krankheit der Herrschaft bekannt wird. Welche Zerwürfnisse sind ferner zwischen Eltern und Kindern, welche Störungen des ehelichen Glückes sind zu befürchten, wenn der eine Teil zufällig von der Erkrankung des anderen zu hören bekommt. In vielen Fällen wird sich die soziale Lage des Kranken alsdann verschlechtern; die Möglichkeit einer zweckentsprechenden Behandlung ist schwieriger geworden und demgemäfs die Gefahr für die zu schützende Allgemeinheit eine gröfsere. — Die Verordnung verlangt von dem Arzt noch mehr: er soll die Infektionsquelle ausfindig machen. Die Patienten geben aber häufig absichtlich oder unabsichtlich eine falsche Quelle an. Es ist daher leicht zu verstehen, dafs solch inquisitorisches Vorgehen die Patienten verjagen wird. Wenn ein Kranker befürchten mufs, dafs er in dem Arzt nicht den Helfer, sondern einen Denunzianten findet, so wird er sich hüten, in eine solch gefahrvolle Lage sich zu begeben. Die absolut notwendige Folge wird sein, dafs derartige Kranke dahin gehen, wo sie eine Indiskretion nicht zu befürchten haben, d. h. sie werden bei der grofsen Klasse der Kurpfuscher ihre Hülfe suchen. Die Ärzte verlieren ihre Kranken; die Patienten selbst werden einer schlechteren Behandlung teilhaftig; die Umgebung wird einer um so gröfseren Gefahr ausgesetzt. Der Vortragende kommt zum Schlusse, dafs die dermatologische Gesellschaft eine Eingabe an den Polizeipräsidenten richten müsse, worin die Aufhebung des Erlasses als notwendig erwiesen wird — Es knüpft sich hieran eine lebhafte Debatte, in welcher von allen Rednern der Standpunkt geteilt wird, dafs der Polizeierlafs undurchführbar, dafs seine Aufhebung dringend wünschenswert sei.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 5./17. Februar 1899.

Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.

1. Pospelow stellte einen Herrn vor mit **Haarausfall nach Röntgenbestrahlung,** welche zu Untersuchungszwecken vorgenommen worden war. Etwa 14 Tage nach der Bestrahlung hatte sich die Haut zuerst gerötet, dann war ein impetiginöses Ekzem aufgetreten und die Haare fielen entsprechend der bestrahlten Partie in Büscheln aus. Obgleich derartige Fälle verhältnismäfsig selten sind, rät P. bei Anwendung der Röntgenstrahlen im voraus auf die Möglichkeit solchen Vorkommens aufmerksam zu machen.

2. Pospelow demonstrierte eine Dame mit **Nigrities faciei** infolge gleichzeitiger Anwendung eines bleihaltigen Puders und Schwefels. Das Gesicht erweist sich übersät mit schwarzen Pünktchen.

3. Kracht stellte ein 16jähriges Mädchen mit **tuberkulöser Follikulitis** vor. Die betreffende, epileptische, in der Entwickelung zurückgebliebene Patientin zeigt neben tuberkulösen Lymphdrüsen in den Achselhöhlen, auf den Vorderarmen und den Handrücken symmetrisch angeordnete Veränderungen der Haut, die als Flecke beginnen, darauf in Papeln und Pusteln übergehen und mit Hinterlassung von Narben enden. K. deutet diese Follikulitis als tuberkulöse, die durch Infektion von seiten der Lymphdrüsen zu stande gekommen sei.

4. Stud. Moskalenko und stud. Ter-Gregojartz als Gäste berichten **über experimentell hervorgerufene Alopecia areata** beim Hunde. Die beiden Herren demonstrierten einen Hund, bei dem sie nach Wiederholung des Max Josephschen Versuches — Durchschneidung des zweiten Halsnerven peripher vom Ganglion intervertebrale — scheibenförmige kahle Stellen auftreten gesehen haben. Da es sich nur um einen Fall handelt, behielten sich die Herren vor, erst nach weiteren Versuchen Schlüsse zu ziehen.

5. Juschenkoff als Gast stellte einen Fall von **ungewöhnlicher Tuberculosis cutis** vor. Dieses Falles ist schon in der letzten Sitzung der Gesellschaft gedacht worden (cf. Sitzungsbericht vom 22. Januar [3. Februar] 1899) und er betrifft eine 38jährige Dame, die aus dem lepraverdächtigen Donschen Gebiet stammt. Im Herbst vorigen Jahres erkrankte die in keiner Weise leprös belastete Dame bald nach Geburt eines Kindes an einem Ausschlag, welcher von den dortigen Ärzten für Lepra angesprochen wurde. Verzweifelt kam die Patientin nach Moskau, wo weder im Blut, noch in der Haut Leprabacillen gefunden wurden. Der Ausschlag besteht aus verschieden grofsen, ovalen und runden, über den Körper verbreiteten rötlichen Flecken, welche vielfach im Centrum Anästhesien zeigen. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Lungen sind gesund. Mikroskopisch zeigen die Hautveränderungen das Bild von Tuberkulose, aber Tuberkelbacillen liefsen sich nicht nachweisen. Da der Fall grofse Ähnlichkeit mit dem in der Gesellschaft vorgestellten Tschlenowschen Fall von Tuberculosis cutis discoides bietet, lautet auch hier die Diagnose ungewöhnliche Tuberkulose der Haut.

Diskussion. Tschlenow rät in diesem Falle zur Vorsicht mit letzterer Diagnose, weil sich nicht wie in seinem Falle Tuberkelbacillen gefunden haben und auch kein Tierversuch gemacht worden ist, welcher in seinem Fall ein positives Resultat gab. Speranski erkundigt sich, ob der Vortragende Atrophie der Haut beobachtet hat? Nein. Pospelow bezeichnet den vorgestellten Fall als äufserst interessant, da er grofse Ähnlichkeit mit dem als Tuberkulose der Haut erkannten, besprochenen Fall darbietet. Wenn auch in diesem Fall die Untersuchung noch nicht abgeschlossen ist, läfst sich doch schon sagen, dafs es sich entweder um eine ungewöhnliche Form von Tuberkulose oder um eine Kombination von Lepra mit Tuberkulose handele.

Bücherbesprechungen.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Max Joseph. I. Teil: Hautkrankheiten. (Leipzig, 1898. Georg Thieme.) Unter den Lehrbüchern unserer Spezialdisciplin nimmt das Josephsche, dessen erster, den Hautkrankheiten gewidmeter Teil uns in dritter vermehrter Auflage vorliegt, einen der ersten Plätze ein. Sowohl für den Studierenden und allgemeinen Praktiker, als auch für den Dermatologen stellt das Buch ein wertvolles Werk dar, da es in gedrängter Kürze und in klarer, übersichtlicher Weise alles Wissenswerte enthält. Ein intimeres Eingehen auf noch umstrittene Fragen wird vermieden, dabei werden aber die Ansichten der verschiedenen Autoren und Schulen ausführlich genug wiedergegeben. Gegenüber den früheren Auflagen ist sowohl die Zahl der Kapitel als der Abbildungen vergröfsert worden. Die früher fehlenden Abschnitte über Furunkel, Karbunkel und Erysipel sind neu

aufgenommen worden. Die in anderen Lehrbüchern, wie z. B. dem KAPOSIschen, mitbehandelten Infektionskrankheiten, soweit sie in ihren Symptomen gröfstenteils auf der Haut verlaufen, fehlen, und Verfasser verweist diesbezüglich auf die ausführlichen medizinisch-chirurgischen Lehrbücher. Die Histologie findet bei JOSEPH eine hervorragende Berücksichtigung. Die Therapie ist ebenfalls in ausgiebigem Mafse dem Buche einverleibt, hauptsächlich sind die bisher bewährten und vom Autor erprobten Medikamente herangezogen worden, und dabei ist besonderes Gewicht auf die Art der Anwendung gelegt worden. Die neue Auflage des JOSEPHschen Werkes wird wohl die gleich günstige Aufnahme wie ihre Vorgängerinnen finden. *Hopf-Dresden..*

Atlas der Hautkrankeiten, von FRANZ MRAČEK-Wien (München, 1899. J. F. Lehmann.) Dem im Vorjahre erschienenen Atlas der Geschlechtskrankheiten desselben Autors stellt sich dieser Atlas der Hautkrankheiten würdig an die Seite. Was die 63 farbigen Tafeln betrifft, die er enthält, so können sich diese hinsichtlich der Ausführung und der Naturtreue mit den besten Abbildungen messen, die auf dermatologischem Gebiete ikonographisch hergestellt worden sind. Fast alle Dermatosen von Bedeutung haben auf diesen Tafeln oder in ebenfalls lobenswert ausgeführten farblosen Abbildungen — von denen höchstens die der Scabies, des arteficiellen Ekzems, der Lepra und eines Carcinoms zu wünschen übrig lassen — Reproduktion gefunden. Eingeleitet wird der Atlas durch einen kurzgefafsten Grundrifs der Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. Der Verfasser beschränkt sich, besonders was physiologische und pathologische Zustände der Haut betrifft, nur auf das Notwendigste, während die Therapie besser weggekommen ist. Doch bleibt, wie es bei dem Charakter des Werkes nicht anders zu erwarten war, nur den hauptsächlichen Hautaffektionen eine eingehendere Besprechung aller Behandlungsmittel und -Methoden vorbehalten. Diese aber wiederum verrät an allen Stellen den erfahrenen Therapeuten, wie es MRAČEK ist. Was die Anordnung des Materials betrifft, so erscheint die vom Verfasser gewählte etwas willkürlich. Die Kapitelüberschriften lauten: Phlyktaenosen (Herpesarten, Miliaria, Impetigo herpetiformis und Pemphigus). Entzündliche Dermatosen (trophische, trophoneurotische Dermatitiden, Kombustionen, Kongelationen, Erysipel, Phlegmonen, Furunkel, Pustula maligna, Rotz). Squamöse Dermatosen (Psoriasis, alle Lichenformen, Ekzem, Prurigo, Sensibilitätsstörungen der Haut), Anomalien der Epidermis, Anomalien der Haare, Anomalien der Nägel, Pigmentanomalien, Neubildungen der Haut, wozu MRAČEK Naevus, Skleroderma, Myxödem, Anasarka rechnet. (!) Die Tuberkulose der Haut bildet ihren eigenen Abschnitt, dasselbe gilt für Lepra, maligne Geschwülste und Parasiten der Haut. In eine all den genannten Kapiteln vorhergehende Abteilung werden alle übrigen Hautkrankheiten eingereiht. Ich will nur einzelne Namen anführen: Schweifs- und Schweifsdrüsenaffektionen, Seborrhoe, Milium, Comedo, Molluscum contagiosum, Erytheme, Purpura, Urticaria, Pellagra, Morbus maculosus, Skorbut, Acne vulgaris, Acne Sykosis und Acne rosacea. (!) Aus Gesagtem erhellt, dafs sich der Verfasser mit dem HEBRAschen System nicht befreundet. Wenn die Anordnungen, wie sie in diesem Buche vorliegen, etwa den Grundrifs eines neuen Systems andeuten oder etwa für eine Verbesserung gegenüber der bisher üblichen Gruppierung gelten sollen, so wird man sich dieser Ansicht nicht anschliefsen können. Abgesehen aber von der Anordnung des Stoffes, nach der sich auch die der Abbildungen richtet, kann der Atlas nur aufs wärmste empfohlen werden. Er wird weitgehende Verbreitung finden.

Hopf-Dresden.

Diseases of the skin, von MALCOLM MORRIS. (London, 1898. Cassell & Comp.) Der geschätzte englische Dermatolog bietet uns mit dem vorliegenden Werke ein

kurzes Handbuch der Dermatologie, welches dem Stande unserer Spezialwissenschaft, im Lichte der englischen Schule betrachtet, gerecht zu werden versucht. Das Buch ist durch 10 kolorierte und 26 schwarze Abbildungen illustriert. Leider stehen weder die einen noch die anderen, was Ausführung anbelangt, auf der Höhe der Technik. Die farbigen Tafeln können nicht entfernt die Konkurrenz mit denen der gleichzeitig erschienenen deutschen Bücher gleichen Charakters aufnehmen. Doch hat der Autor darin einen Schritt vorwärts gethan, daſs er auf jeder dieser Tafeln zwei oder drei Krankheiten verschiedenen Charakters, die ähnliche Bilder dem Auge darbieten, nebeneinander hat abbilden lassen. Einzelne der farblos gedruckten Abbildungen, wie zum Beispiel die tierischer Parasiten und einige histologische Präparate sind sehr gut gelungen, während die Mehrzahl derselben selbst den Eingeweihten die betreffenden Krankheiten nur ahnen und raten, aber nicht sicher diagnostizieren läſst. Ich nenne hier Dermatitis herpetiformis, Tinea imbricata, Multiple Hautsarkome, Lepra nodularis, Fibroma und Mykosis fungoides. — Während die ersten drei Kapitel des Werkes einen Grundriſs der Pathologie der Haut, eine Übersicht über die bisher aufgestellten Systeme der Hautkrankheiten und über die Hauptzüge der Dermatodiagnostik geben, sind die übrigen 22 Kapitel den einzelnen Dermatonosen gewidmet. Um eine Anschauung von der Verteilung der Materie die nach ätiologischen Gesichtspunkten geordnet ist, zu gewinnen, braucht man nur die Überschriften der einzelnen Abteilungen zu kennen: Dermatoneurosen — sensible Neurosen der Haut — Angioneurosen — Erythema, Purpura, Lupus erythematosus, Rosacea, Pellagra, Acrodynia — Dermatitis herpetiformis, Herpes gestationis, Impetigo herpetiformis, Cheiropompholyx, Pemphigus, Herpes — Sklerodermie, Lichenarten, Leukodermie, RAYNAUDsche Krankheit, diabetische und hysterische Gangrän, Glossy Skin, MORVANsche Krankheit, Syringomyelie und Ödem. — Alle bisher genannten Affektionen unter die Bezeichnung „abhängig von nervösen Störungen" fallend. — Weiter unterscheidet MALCOLM MORRIS arteficielle Eruptionen, Ekzem, Psoriasis, Pityriasis, Tierische Parasiten, Pflanzliche Parasiten, Andere Mikroorganismen — unter die Bezeichnung lokale Infektionskrankheiten fallend. Weiter als allgemeine Infektionskrankheiten Scrophuloderma, tuberkulöse Geschwüre, Lupus — Syphilis — Lepra. Ferner Krankheiten der Hautdrüsen, Haare und Nägel, Neubildungen gutartige — bösartige und Miſsbildungen. — Was den Text selbst anbetrifft, so faſst sich der Autor kurz und giebt besonders bei den weniger wichtigen Hautkrankheiten nur ganz gedrängte Mitteilungen. Allen Kapiteln ist eine kürzere oder längere Besprechung der therapeutischen Maſsnahmen beigegeben, in den hauptsächlichen Abschnitten werden auch die Gesichtspunkte der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Prognostik genügend gewürdigt. Einzelne Affektionen wie Erythrasma, Pemphigus foliaceus, Xerodermie, Syringomyelie und andere Leiden werden merkwürdigerweise mit 10 bis 15 Zeilen abgehandelt. Ekzem, parasitäre Hautkrankheiten, tuberkulöse Dermatosen und Lepra genieſsen andererseits eingehende Besprechung in jeder Hinsicht. Im groſsen und ganzen ist MALCOLM MORRIS' Buch über Hautkrankheiten als Ausdruck der dermatologischen Wissenschaft Englands mit Genugthuung zu begrüſsen. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Psoriasis und Arthropathien, von Arthur Strauss. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898, No. 28.) Das einzig Sichere über Wesen und Ätiologie der Psoriasis ist die Heredität dieses Leidens. Die parasitäre Theorie ist bisher unbewiesen geblieben, während die Annahme einer Beziehung der Psoriasis zu Erkrankungen des Nervensystems in neuerer Zeit immer mehr Anhänger findet. Verfasser hat einen Fall von Psoriasis universalis mit hochgradigen Arthropathien und schweren Nageldeformitäten beobachtet, der als ein wichtiger Beitrag zur Ätiologie der Krankheit anzusehen ist. Der Patient, ein 60jähriger, früher nie krank gewesener Arbeiter, leidet seit 10 Jahren an Psoriasis, deren Besserung zwar durch die gewöhnliche Behandlung oft erreicht wurde, aber nicht von Dauer blieb. 1891 erlitt der Patient einen Sonnenstich, der ein neunwöchentliches Krankenlager zur Folge hatte. Im Anschlusse hieran traten Schmerzen in den Gelenken auf, zuerst in denjenigen des linken Daumens, allmählich gesellten sich auch Schwellungen der schmerzhaften Gelenke hinzu. Die Finger wurden immer steifer und unbeweglicher und krümmten sich in starker Beugekontraktur. Halswirbelsäule, Schultergelenke erkrankten ebenfalls. Ebenso die Nägel, unter deren Saume sich bröckelige Massen anlagerten, so daſs die Nägel von ihrem Bette emporgehoben wurden und unter beständiger Anbildung und Verhärtung neuer Massen in die Länge wuchsen. Patient ist seitdem bettlägerig, kann weder stehen noch gehen, den Kopf nicht nach der Seite drehen und nur wenig beugen. Starke Glatze, psoriatische Erkrankung der Kopfhaut, des Gesichts. Zahlreiche Papeln auf dem Rücken, weniger zahlreiche auf dem Sternum und auf dem Bauche. An den Armen sind besonders die Streckseiten ergriffen. Im linken Cubitalgelenk ist die aktive und passive Beweglichkeit vermindert. Die Haut ist namentlich an den Händen sehr blaſs, dünn und gefaltet, nur über den geschwollenen Gelenken gespannt. Verfasser beschreibt dann genau die oben angedeuteten Deformitäten der Finger und Nägel. Letztere sind bedeutend verlängert, 4—$4^1/_2$ cm lang, grau verfärbt, mit feinen Längsstreifen und leisten- oder buckelförmig hervortretenden, nach vorn konvexen Querleisten versehen, welche sich in nach vorne immer kleiner werdenden Abschnitten, deren 4—6 sichtbar sind, folgen. Die Nagelplatten sind verschmälert, ihre Seitenränder unregelmäſsig. Unter dem verlängerten Saume ruhen gelbbraune Hornmassen in der Dicke von $^1/_2$—1 cm, von blätterigem Aufbau, die sich an die Fingerkuppen haubenartig, ohne Übergang, anschmiegen. An den Streckseiten der Kniegelenke finden sich reichliche Eruptionen. Hüft-, Knie- und Fuſsgelenke sind normal beweglich. An den Zehen und Zehennägeln ähnliche Veränderungen wie an den Fingern. Schleimhäute und innere Organe gesund, keine Drüsenanschwellungen. Obstipation. Bisweilen ziehende Schmerzen in den Extremitäten. Schwerhörigkeit auf beiden Ohren. Rechte Pupille infolge von Iritis plastica kleiner als die linke. Reflexe und Sensibilität normal. Inaktivitätsatrophie der Oberschenkelmuskulatur. — Verfasser erinnert nach dieser Beschreibung kurz an die Beobachtungen von Polotebnoff, Bourdillon und Gerhardt über Arthropathien bei Psoriasis, aus denen man schlieſsen kann, daſs diese Arthropathien in der Regel erst nach längerem Bestande der Psoriasis

mit akuten oder subakuten, in Schüben wiederkehrenden und mit Fieber einhergehenden Schmerzen und Schwellungen der Gelenke, namentlich der Finger und Zehen, unter neuen Eruptionen des Hautleidens beginnen, daſs sie sich mit diesem bessern und verschlimmern bis zur Ausbildung von Deformitäten schwerster Art. Seltener nehmen, wie in dem Falle des Verfassers, die Arthropathien von vornherein einen mehr chronischen Verlauf ohne akute Schübe und Perioden der Besserung. — In den akuten und subakuten Stadien gleicht das Krankheitsbild dem akuten Gelenkrheumatismus. Es werden aber zuerst die kleineren Gelenke der Finger und Zehen befallen, während die Polyarthritis im Anfange eins der gröſseren Gelenke ergreift, dann aber viel mehr Gelenke in Mitleidenschaft zieht als die psoriatische Arthropathie. Letztere führt ferner zu schweren Deformitäten, hat keine Herzfehler im Gefolge und wird durch Salicylsäure nicht beeinfluſst. — Sobald sie in das chronische Stadium übergetreten ist, unterscheidet sie sich kaum von der Arthritis deformans. — So hochgradige Deformitäten der Gelenke und Nägel wie in seinem Falle hat Verfasser in der Litteratur nicht finden können. — Die Nageldeformitäten sind eine Hauptstütze der Anschauung, daſs die Psoriasis ein neuropathisches Leiden sei. Sie machen durchaus den Eindruck schwerer trophischer Störungen wie die Onychogryphosen. Schon die Schmerzhaftigkeit bei Berührungen weist auf die Beteiligung der Cutis hin, auf Veränderungen im subungualen Hautgebiete, auf Ernährungsstörungen mit konsekutiver übermäſsiger Epidermisproduktion. — Je gröſser die Störungen in den Gelenken sind, um so hochgradiger sind die Verunstaltungen der Nägel. Bei Psoriatikern beobachtet man häufig neuropathische Zustände verschiedenster Art wie andererseits Nervenleiden Gelenkerkrankungen und Hautaffektionen hervorrufen können. — Kuznitzky führt die Arthropathien auf chronische spinale Reizzustände zurück. — Verfasser hält in seinem Fall den Hitzschlag für ein begünstigendes Moment für die Entstehung der mit allgemeiner Onychogryphose einhergehenden Arthropathien bei Psoriasis.

I. Bloch-Berlin.

Über den Zusammenhang von Augenerkrankungen mit Hautleiden (Pityriasis rubra pilaris am Auge), von Michael Mohr. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898, No. 35.) Nach einer gedrängten Aufzählung der im Gefolge von Hautleiden vorkommenden Augenaffektionen berichtet Verfasser folgenden Fall: Bei einer 29 Jahre alten Frau bestehen seit zwei Jahren im rechten, seit sechs Monaten im linken Auge lebhafte Beschwerden. Die Untersuchung ergiebt: Photophobie; Epiphora; scharfbegrenzte, etwas in die Tiefe dringende Knötchen am intermarginalen Teil des Augenlides, am Augenlidrand, an der Conjunctiva palpebrarum; pericorneale Injektion; Cornealulcera, zum Teil mit glänzendem Epithel bedeckt; tiefe vordere Kammer. Am linken Auge alle Erscheinungen mäſsiger ausgesprochen. An der Haut besteht seit neun Jahren ein Leiden in Form einer Verhornungsanomalie, Bildung von Hornpfropfen in den Follikeln, Hornschichtauflagerungen, daneben Hyperämie, etwas Ödem und Infiltration, kurz das Bild der Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber acuminatus). Mikroskopisch fand man einen Hornpfropf aus geschichteten, stellenweise zwiebelschalenartig gehäuften Hornlamellen; nur letztere enthalten oft noch Kerne. Alles liegt in enorm erweiterten Follikeln mit Ausbuchtungen. Die Hornmassen sind Produkte der Epidermis des Haarbalgtrichters. Stachelschicht stellenweise verdünnt, mäſsige Rundzellenanhäufung im Corium. Zweifellos ist in diesem Falle das Augenleiden als eine Fortsetzung der Hautaffektion anzusehen. *Jessner-Königsberg i. P.*

Über nervöses Ekzem, von L. Duncan Bulkley. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.* 16. April 1898.) Hinweisend auf die groſse Häufigkeit von Ekzem überhaupt, welches B. bei einem sehr groſsen Material von Hautkranken in etwa 33% der Fälle fand,

hebt er als noch viel zu wenig das auf nervöser Basis beruhende Ekzem hervor. Dasselbe kommt in jedem Alter vor, ist aber besonders häufig zwischen dem 20. und 55. Lebensjahre, wo der Mensch, vor allem der Mann, die gröfsten Lasten des Daseins zu tragen hat. Als Ursachen sind angeführt Neurasthenie oder nervöse Erschöpfung, nervöser oder psychischer Shok (plötzlicher Schrecken, grofse Aufregung), Reflexerscheinungen internen (zahnende Kinder) und externen Ursprungs (Verbrennung, heftiges Kratzen) und schliefslich kann das Ekzem auch aus wirklichen Neurosen struktureller (nach Verletzungen, Amputation) und funktioneller (Neuralgie) Natur entstehen. Das nervöse Ekzem ist in seinen Symptomen wenig verschieden von dem gewöhnlichen, besonders stark ist jedoch das Juckgefühl, welches sich oft an Stellen zeigt, wo keine Spur von Ausschlag vorhanden ist. Die Behandlung zerfällt naturgemäfs in eine allgemeine und eine lokale; je nach Lage des Falles kann bei ersterer Arsenik, Fe, Strychnin oder Phosphate gegeben werden. Digitalis wendet B. in Fällen von nervöser Erschöpfung zuweilen mit viel Erfolg an, da es dazu dient, das Kapillarsystem zu stärken und die Ernährung der Nerven- und Zellsubstanz zu bessern, in anderen Fällen thut wieder die sedative Wirkung des Aconitins gute Dienste. Vor Schlafmitteln jeder Art warnt B., mag auch das Unbehagen infolge des Pruritus noch so grofs sein, und empfiehlt an deren Stelle abends vor Zubettgehen ein warmes Getränk. Bezüglich der Diät sind fette Nahrung und vor allem Milch indiziert, letztere soll nicht während der gewöhnlichen Mahlzeiten, sondern zwischen denselben möglichst bei leerem Magen aus verschiedenen physiologischen Gründen genommen werden. Die lokale Behandlung weicht in Nichts von der üblichen ab, es sollte mit milden Mitteln begonnen und allmählich mit der Stärke derselben gesteigert werden. Bulkley bekennt schliefslich, dafs er in jedem Falle von Ekzem nicht eine lokale Erkrankung sieht, sondern dasselbe stehe immer in Beziehung zu irgend einer konstitutionellen oder Allgemein-Erkrankung; bei Berücksichtigung dieses Punktes sei auch die Therapie eine leichtere, wie die angeführten Beispiele beim nervösen Ekzem lehrten. *Stern-München.*

Über Ekzem bei Arthritischen, von v. Wastraszewski. (*Allg. med. Centralzeitg.* 1898, No. 77.) Gewisse Eigentümlichkeiten sind den bei Arthritikern auftretenden Ekzemen eigen. Die Unterschiede sind rein klinischer Natur, beziehen sich vornehmlich auf Verlauf und Lokalisation. Die akuten Ekzeme sind nur selten, schliefsen sich an greifbare Noxen, besonders Diätfehler an. Verfasser trennt die korpulenten, pastösen, an Plethora, Obstipation, Blutstauungen (Hämorrhoiden), Kongestionen und Herzpalpitationen leidenden Arthritiker, die oft auch jüngeren Alters sind, und die blutarmen, neurasthenischen, schlecht genährten, an Dyspepsie und Flatulenz leidenden, reizbaren, verstimmten Arthritiker. Letztere Form kann sich aus der ersteren entwickeln, oder auch, auf hereditärer Anlage beruhend, primär entstehen. Die akuten Ekzeme suchen vornehmlich die erste Gruppe heim, es sind „Luxusekzeme“, am häufigsten im Hochsommer, wo die Hyperämie der Haut und die Transpiration die Disposition schaffen. Nach vorausgegangenem Hautjucken erscheinen Ekzemknötchen, besonders am Rücken, zwischen den Schulterblättern, am Genick, an den Seitenteilen von Brust und Bauch und an den Oberarmen. Sie können aber auch auf Gesicht, untere Extremitäten übergreifen. Vesikulöse Ekzeme der Hände kommen anschliefsend an Diätfehler auch vor. Menschen, die sich viel bewegen, zeigen zuweilen Ekzeme der Inguino-Cruralgegend, des Scrotum, um den Anus; letzteres ist aber viel häufiger bei den chronischen Formen. Lebhafte Störungen des Allgemeinbefindens begleiten diese Ekzeme nicht. Die chronische Form tritt gewöhnlich als selbständiges Leiden auf; es sind am häufigsten Eccemata intertrigines

an Inguino-Crural-, Anal-, Axillargegend, zwischen den Zehen und Fingern, bei Frauen — hier viel seltener — an den grofsen Labien und submammär. Wochenlanges allgemeines Hautjucken kann vorausgehen. Auch Urticaria kann das Ekzem einleiten, begleiten und selbst überdauern, wie überhaupt Urticaria bei Arthritis und Sekretionsanomalien der Haut häufig ist. Diese Ekzeme exacerbieren und recidivieren, wie das Grundleiden, mit den sonstigen Äufserungen desselben aber alternierend. Die Therapie mufs sich gegen die Arthritis in erster Reihe richten. Diät, Alkoholverbot sind die Hauptsache. Nur bei älteren, heruntergekommenen Individuen ist eine roborierende Behandlung zuweilen notwendig. Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Vichy, Bilin, Berzom (Kaukasus) leisten gutes. Gegen Obstipation sind Clysmata in erster Reihe zu verwenden. Warme Bäder werden meist schlecht vertragen, ebenso Kaltwasser- und Schwitzkuren, Kalium jodatum und Kalium bromatum. Bei Urticaria scheinen grofse Dosen kohlensaurer Alkalien gut zu wirken, ebenso ist Belladonna von Nutzen gegen das Nässen und Jucken. Die lokale Behandlung ist die übliche, nur vor der Ätzung der Rhagaden in der Inguino-Cruralgegend mufs gewarnt werden. Ung. Diachylon ist hier am Platze. Teer, wo er anwendbar ist, schafft gutes; Tinct. Rusci mufs lange Zeit täglich eingepinselt werden nach Waschung mit Cognac oder Franzbranntwein. Gegen das Jucken sind Einreibungen mit Salicylsalben oder Aq. picis unter Zusatz von Cognac und Franzbranntwein von Vorteil.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung des Ekzems, von JOHANN HIRSCHKORN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898, No. 39.) Nach einigen allgemeinen Ausführungen über das Ekzem berichtet Verfasser über sehr günstige Frfolge mit Naftalan, welches von 28 Fällen 26 heilte. Bei sehr akuten Fällen mit starkem Nässen, wie man es bei gewerblichen Ekzemen der Hände findet, ist die Wirkung eine eminente, schnell anstrocknende. Auch in einem Falle von Psoriasis war das Naftalan sehr wirksam.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Ekzemtherapie, von L. HUTSCHNECKER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898, No. 34.) Drei Fälle chronischer Ekzeme wurden nach fruchtloser Anwendung aller üblichen Mittel geheilt durch 3—5malige Anwendung von $3^1/_3$ % Hydrargyrum-Vasogen in Zwischenräumen von 2—3 Tagen. Die Ekzeme safsen einmal am Penis und Scrotum, einmal zwischen Unterfläche der Mamma und Thoraxhaut (pustulös-nässende Form), eiumal am Ohrläppchen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Durch Röntgenstrahlen geheiltes chronisches Ekzem. Kasuistischer Beitrag für die weitere Verwendung der Röntgenstrahlen in der Dermatotherapie, von R. HAHN. (*Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II.) Zwei Fälle hartnäckiger chronischer Ekzeme der Unterschenkel behandelte Verfasser mit Röntgenstrahlen. Das Leiden heilte an den bestrahlten Stellen nach einer Reihe von Sitzungen; bei der einen Patientin war eine Dermatitis entstanden. (Auffallender Weise spricht Verfasser immer von den zurückgebliebenen Narben; ein geheiltes Ekzem kann doch nicht zur Narbenbildung führen. D. Ref.) Daran schliefst Verfasser noch die Mitteilung eines von Dr. ALBERS-SCHÖNBERG in gleicher Weise behandelten Handekzems. — Die Beleuchtungen fanden täglich statt mit seltenen Unterbrechungen. Die feuchten Ekzempartien trockneten schnell. Sitzungsdauer 20—25 Minuten; Entfernung der Röhre 30—40 cm. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine leichte und wirksame Behandlungsmethode der Tinea tonsurans, von HERMANN B. SHEFFIELD. (*New York. med. Journ.* Mai 1898.) Jeden Fall von Trichophytie der Kopfhaut will Verfasser in 3—4 Wochen durch folgendes Verfahren heilen.

Nach Kurzschneiden der Haare wird folgende Mischung einmal täglich während fünf aufeinander folgender Tage eingerieben: Acid. carbol., Ol. petrolei ãã 65,0, Tinct. jod., Ol. ricini ãã 110,0, Ol. rusc. germ. q. s. ad 500,0. Am sechsten Tag gründliche Reinigung durch Olivenöl, erneutes Kurzschneiden der Haare, Waschung mittelst der Bürste und grüner Seife. Epilation in der Regel unnötig. Am siebenten Tag beginnen die Pinselungen wieder. Die Prozedur wird so während 3—4 Wochen wiederholt. Darauf Applikation einer 10% Schwefelsalbe und endlich von Resorcin., Acid. salicyl. ãã 16,0, Alkohol 120,0, Ol. ricini. q. s. ad 500,0. Letztere Mischung wird auch als Prophylacticum von der gesunden Umgebung gebraucht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Eccema marginatum, von Hauck-Forst. (*Ärztliche Praxis.* 1. Sept. 1898.) Der Beitrag Haucks beweist die alte Thatsache aufs neue, dafs das Hebrasche Eccema marginatum nicht nur eine seltene, sondern auch eine therapeutisch sehr schwer angreifbare Krankheitsform darstellt. Auch in dem vom Verfasser berichteten Fall, der einen fünfzigjährigen Mann mit dieser Affektion an ihrer Prädilektionsstelle, circa genitalia betraf, war trotz aller ärztlicher Medikation und trotz Naturheilverfahren mit Schrothscher Kur (! d. Ref.) keine totale Heilung zu erzielen. Die besten Dienste thaten noch: 1% Karbolleinölkalkwasserumschläge, Zinkölkompressen, später Teerpinselungen mit indifferenten Puderungen darnach. Eine Übertragung hat ebenfalls nicht stattgefunden. *Hopf-Dresden.*

Pemphigus, von Kaposi-Wien. (*Eulenburgs Real-Encyclop.* Bd. XVIII.) Kaposi fafst unter diesem Namen nur das chronische Auftreten wiederholter Eruptionen von Blasen der Haut und der angrenzenden Schleimhaut zusammen und läfst den sogenannten Pemphigus acutus ganz aufser Betracht. Infolge der grofsen Verschiedenheit der Erscheinungsarten hat man zahlreiche Arten des Pemphigus aufgestellt, von denen H. Martius 97 angiebt. Es lassen sich der Entwicklung der Blasen nach 2 Haupttypen unterscheiden. Bei dem ersten entwickelt sich und bildet sich jede Blase typisch zurück bis zur totalen Überhäutung, von Hebra als Pemphigus vulgaris bezeichnet. Andere Fälle zeigen diese Verheilung nicht. Die Epidermisauflockerung und Freilegung des Coriums schreitet vorwärts: Dies repräsentiert Cazenaves Pemphigus foliaceus. — Der Pemphigus vulgaris benignus setzt mit febrilen Symptomen ein. Das Fieber fällt und steigt zuweilen mit den Remissionen und neuen Schüben. Auf der Haut erscheinen Erythemflecke aller Art; über diesen, teils auch auf scheinbar gesunder Haut erheben sich dann Blasen bis zu Hühnereigröfse in verschiedenster Anzahl. Nach der Anordnung unterscheidet man Pemphigus disseminatus, confertus oder en grouppes, circinatus, gyratus oder serpiginosus. Die Blase selbst kann wachsen, auch mit Nachbarblasen verschmelzen. Der helle oder leicht hämorrhagische Inhalt (Pemphigus hämorrhagicus) trübt sich bald, wird eitrig, und wenn die Blasenhülle geborsten ist, trocknet das Sekret zu einer Borke ein. Die junge Haut entsprechend der Blasenbasis bleibt einige Zeit noch pigmentiert. Ödeme, Schmerzen, Adenitis und Lymphangitis, Schwäre und Abscesse können das Bild komplizieren. Subjektive Klagen sind: Brennen und Jucken, Spannung, Schmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und Durst, während der Exacerbationen besonders stark. Der Säfteverlust schwächt die Kranken sehr. Nach 2—6 Monaten ist der Prozefs zu Ende. Es kann nun dauernde Gesundheit folgen. Meist folgen aber noch im nächsten Jahre einige neue Erkrankungsperioden, ehe totale Heilung eintritt. Von Abarten wäre zu nennen der Pemphigus apyreticus mit ganz mildem Verlauf oder der Pemphigus solitarius, bei dem die Kranken nie mehr als eine einzige Blase bekommen, obwohl das

Leiden jahrelang, ja das ganze Leben dauern kann (Pemphigus diutinus). Ferner der sehr seltene Pemphigus localis, bei dem stets nur eine und dieselbe Region ergriffen wird. — Es giebt auch einen Pemphigus vulgaris malignus. Entweder sind dabei sehr viele oder kontinuierlich nachkommende Blasen (Pemphigus diutinus) oder rasch hinfällige Blasen zu beobachten (Pemphigus cachecticus). Ferner Pemphigus diphtheriticus oder crouposus, der immer tödlich endet und Pemphigus framboesioides; die Symptome sind aus der Bezeichnung erkennbar. Besonders interessant ist die von NEUMANN beschriebene Form des Pemphigus vegetans. Unter kleinsten Bläschen wuchern von Anfang an Rete und Papillen stark, peripher bilden sich rasch gleichartige kleine Vesikeln. Dadurch bilden sich schnell bis thalergroſse Plaques, die rot, drusig, schlaff und mit schmutzigem serösen Sekret oder matschen Borken bedeckt sind. Während in der Mitte Überhäutung mit Pigmentation erfolgt, greift der Prozeſs peripheriewärts immer um sich. Die groſsen nässenden Herde schwächen den Organismus sehr und führen meist zum Tode oft erst nach 2—3 Jahren. Im Beginn stellen Nasolabialfalten, Lippen, Gaumen. Genitalien, Axilla, Mammalfalte und Nabelgegend die Prädilektionsstellen dar. Zu den üblen Formen ist auch der Pemphigus pruriginosus zu zählen, bei dem das heftige Jucken hervorsticht und durch das starke Kratzen eigentlich jede Eruption zerstört wird, ehe sie zur Blase werden kann. Dafür finden sich alle Kratzeffekte und deren Folgen. — Des Pemphigus foliaceus Hauptcharakteristikum ist, daſs sich der Blasengrund nicht in der normalen Weise überhäutet. Die Loslösung der Epidermisdecke geschieht fortschreitend peripheriewärts, und die so gebildeten Krusten legen sich übereinander wie die Blätter eines Blätterteigs (Feuilles; foliaceus). Groſse Coriumstrecken liegen frei wie bei Eccema rubrum. Der Prozeſs dauert monate- und jahrelang. Schlieſslich bilden sich gar keine Blasen mehr, da die dünne Epidermis sofort bei dem Auftreten einer Eruption einreiſst. Die Kopfhaare fallen aus, die Lider sind ektropioniert, die Nägel brüchig, der ganze Körper abgemagert. Meist findet sich kontinuierliches Fieber in den späteren Stadien. Nur ein Hinausschieben des endlichen Exitus letalis vermag die ärztliche Kunst in diesem Falle zu erreichen. Der Foliaceus kann sich aus einem chronischen Vulgaris, besonders wenn dieser circinär auftritt, entwickeln. Pemphigus auf der Schleimhaut ist auch nicht so ganz selten. Mund, Rachen, Larynx, Conjunctivae sind Sitze desselben. Die Art und Weise der Blasenbildung und der Verlauf gestaltet sich analog dem auf der Haut. Blasen an der Glottis können Erstickung bewirken. Im Rachen kann ebenfalls ein foliaceusartiger Verlauf auftreten, der dann die Ernährung sehr erschwert. Infolge eines Pemphigus crouposus der Augenbindehaut sah KAPOSI Erblindung durch Verwachsung der Conjunctivae bulbi und palpebrae. Der Pemphigus der Schleimhaut ist stets mit dem der Haut vergesellschaftet und bedeutet eine ungünstige Prognose. Anatomisch charakterisiert ist die Krankheit dadurch, daſs die Blasendecke von der gesamten Epidermis gebildet wird (KROMAYER, LUITHLEN), während man bisher die Pemphigusblasen durch ihren höchst oberflächlichen Sitz von denen des Ekzems, des Herpes u. s. w. unterscheiden wollte. Bei Verbrennungsblasen und anderen werden die Basalzellen nicht in dieser Weise von den Papillen durch die seröse Absonderung abgehoben. Schuld daran ist entweder die Acuität der Absonderung oder eine bestimmte chemische Beschaffenheit des Serums (KROMAYER, LUITHLEN). Narben bleiben nur in den seltensten Fällen zurück. Eine besondere Noxe ist im Inhalt der Blasen bislang noch nicht nachweisbar gewesen. Harn- und Blutuntersuchungen haben ebenfalls noch nichts Besonderes für die pathologische Anatomie des Pemphigus ergeben. Verminderung des Harnstoffs beziehentlich Eosinophilie wurden manchmal gefunden, ohne konstant vorhanden zu sein. — Die Ätiologie der Krankheit ist schon mit

Rücksicht auf die relative Seltenheit des Pemphigus schwer zu eruieren. Unter 278952 Spitalskranken und 30362 Hautkranken des Wiener Allgemeinen Krankenhauses sind in den Jahren 1865—77 nur 103 Pemphigusfälle vorgekommen, die 79 Männer und 24 Weiber betrafen. Säuglinge und Neugeborene neigen besonders zu der Erkrankung. Kontagiosität war nie nachweisbar, wohl aber ist unzweifelhaft, wenn auch als sehr selten, Heredität nachgewiesen worden. Die Anschauung, dafs das Auftreten der Blasen auf Harnsekretionsanomalien beruhe, gewissermafsen als ein vikariierendes Ausscheiden vom Harn abstammender Flüssigkeit, die durch Reizung die Blasen erzeuge, hat eine Stütze darin gefunden, dafs man im Blaseninhalt Harnstoff, Harnsäure und freies Ammoniak gefunden hat, sowie durch das Zusammenauftreten von Pemphigus mit Nierenleiden. Zweifellos ist mancher Pemphigus hysterischen Ursprungs (nach jeder Konzeption oder nach jeder Entbindung), mancher leprösen Ursprungs (Pemphigus hystericus und leprosus). Jedenfalls bestehen stets Beziehungen zum Nervensystem; reflektorische Reize durch Vermittelung der sensitiven, vasomotorischen und trophischen Nerven oder direkte Reize (z. B. bei Lepra durch lepröse Infiltrate). Dafür spricht auch die Beobachtung von Rückenmarksveränderungen bei letalen Pemphigusfällen, von Blasenausbrüchen bei chronischer Myelitis und nach traumatischen Neuritiden. Das ist aber mehr als Koincidenz denn als Causa morbi anzusehen. Denn die beobachteten Fälle von Pemphigus neuriticus stellen keinen Pemphigus im klinischen Sinne dar. Gibiers rosenkranzartig angeordnete Bakterien des Harns und Blaseninhalts, Spillmanns ebenda vorgefundene Bakterien und Demmes Diplokokken aus Blut und Blaseninhalt sind heutzutage noch nicht als kausale Momente anzusprechen. — Syphilis als Ursache des Pemphigus ist bekannt als Symptom hereditär luetischer Kinder bei oder nach der Geburt. Hier ist der Pemphigus nur ein Symptom. Als Symptom beobachtete ihn Kaposi auch einmal durch ein ganzes Jahr hindurch bei Prurigo Hebra, mit diesem vikariierend. — Was die Diagnose anbelangt, so hat man sich zu hüten den einfachen Pemphigus zu diagnostizieren, wo durch allerlei Vesicantien Blasen hervorgerufen worden sind. Ohne den chronischen Verlauf ist jeder Pemphigus mit Vorsicht zu diagnostizieren. Dafs Kaposi viele Fälle der Duhringschen Dermatitis herpetiformis für Pemphigus erklärt, ist überflüssig hervorzuheben. — Die Prognose ist bei Pemphigus vulgaris im allgemeinen günstig, bei Pemphigus foliaceus, vegetans und pruriginosus zweifelhaft oder ungünstig. Doch kann man auch beim ersteren nie vorhersagen, ob er sich nicht in eine ungünstigere Form umwandelt. Pralle Blasen, nicht zu zahlreich und allmählich erscheinend, sind ein günstiges Prognostikon. Unsere Therapie gegen den idiopathischen Pemphigus ist machtlos, sie kann nur symptomatisch sein. Der symptomatische Pemphigus aber ist der Behandlung zugängig. *Hopf-Dresden.*

Pemphigus neonatorum, von Soltmann-Leipzig. (*Eulenburgs Real-Encyclop.* Bd. XVIII.) Unter Pemphigus neonatorum oder infantilis verstehen wir eine in der ersten Spanne des Lebens akut oder chronisch verlaufende Dermatose, die sich durch Blasenbildung charakterisiert. Auch hier wie beim Pemphigus der Erwachsenen unterscheiden wir eine idiopathische von einer symptomatischen Form. Erstere meist benign und akut verlaufend, pflegt zuweilen epidemisch aufzutreten (Pemphigus acutus contagiosus). Davon zu trennen ist der Pemphigus non contagiosus; auch giebt es eine foliacische, maligne Form des Pemphigus der jungen Kinder. Der symptomatische Pemphigus verläuft subakut oder chronisch nach Intestinalleiden, Masern, Scharlach und anderen Infektionskrankheiten. Seine Eruptionen sind meist tiefergehend und neigen zu Kiterung und Nekrose. (Pemphigus cachecticus malignus). Er endet zu 45% letal. Der Pemphigus befällt mit Vorliebe Kinder.

Hebra und Steiner geben für die chronische Form zu, dafs Kinder 14 mal so häufig als Erwachsene erkranken; für die akute Form ist dies viel zu niedrig gegriffen. Der akute benigne Pemphigus entwickelt sich, kontagiös oder nicht, bald nach der Geburt, am häufigsten zwischen dem 4. und 9. Lebenstage. Ältere Kinder von 3—12 Jahren sind weniger empfänglich. — Der subakute, maligne, kachektische Pemphigus schliefst sich meist akuten oder chronischen Säuglingskrankheiten an, wie Dyspepsien, Dysenterien, weniger oft Pneumonien, der Tuberkulose, Masern und dem Typhus. Hygienische Mifsverhältnisse wirken dabei begünstigend ein. Auch artefizielle Blasenausschläge kommen oft vor (Verbrennungen, Blasenwolf), was differentialdiagnostisch von Wert ist zu wissen. Soltmann ist der Meinung, dafs der eigentliche Pemphigus mit Lues nichts zu thun hat. Letztere mache papulöse und pustulöse Exantheme; einen Pemphigus syphiliticus negiert er, doch könne ein hereditär luetisches Kind auch an Pemphigus erkranken und zwar dann in modifizierter Form. — Im Gegensatz zu Gilbert und Hebra, die den kontagiösen Pemphigus leugneten und dessen Auftreten nur als Nebenerscheinung bei einer anderen epidemischen Krankheit betrachteten, tritt der Verfasser für das Bestehen des Pemphigus endemicus beziehentlich epidemicus lebhaft ein. Viele Beobachter berichteten von solchen Epidemien. Impfversuche fielen zum Teil positiv aus. In der geburtshilflichen Klinik zu Leipzig wurden von 400 Kindern (1874) innerhalb 18 Monaten 24,5% von Pemphigus acutus befallen. Meist waren es kräftige gesunde Kinder ohne konstitutionelle Leiden. Strenges Isolieren brachte die Epidemie zum Erlöschen. Nach Soltmann pflanzt sich dieselbe von Bett zu Bett fort. Ob die Infektion durch ein fixes oder flüchtiges Contagium geschieht, und ob dasselbe überimpfbar ist, steht noch dahin. Teilweise werden Mütter und Ammen von den Säuglingen infiziert. Die Übertragung durch Hebammen wurde oft festgestellt. Gibier glaubte, das Mikrobium für den Pemphigus epidemicus neonatorum in einer im Blaseninhalt und im Urin zu findenden rosenkranzartig mit Gliedern angeordneten Stäbchenform entdeckt zu haben, während Demme eine Diplokokkenart, Strelitz den Staphylococcus pyogenes aureus für den Erreger der Krankheit halten. Soltmann glaubt nicht an einen spezifischen Krankheitserreger, nimmt vielmehr an, dafs die verschiedenen im Blut kreisenden pathogenen Keime Pemphigus gelegentlich erzeugen können. Nach der Virulenz derselben richte sich die Gutartigkeit oder Bösartigkeit der Epidemie oder des Falles. Nur einmal fand Verfasser Streptokokken. Was die Symptomatologie anbelangt, so haben wir auch beim Pemphigus der Neugeborenen Prodromalerscheinungen, beim akuten Pemphigus Fieber von 2- bis 3tägiger Dauer, das mit dem Blasenausbruch schwindet, dyspeptische Beschwerden, Jucken und Unruhe. In seltenen Fällen Komplikationen mit Icterus, Omphalitis, Trismus und Tetanus. Beim subakuten und chronischen Pemphigus sind die Kinder meist siech, atrophisch und leiden an Enteritiden. Trousseau will bei solchen Kindern Varicellen sich haben in Pemphigus verwandeln sehen. — Die Gröfse der auf meist gerötetem Grund, Maculae oder Quaddeln, beziehentlich auf weifsen Stellen aufschiefsenden Blasen schwankt zwischen Stecknadelkopf- und Taubeneigröfse. Unterbauchgegend, Leisten und vordere Halsfläche pflegen zuerst und vorzugsweise zu erkranken, auch ist die Kopfhaut nie frei. Meist sind verschieden grofse Blasen nebeneinander zu finden. Je kleiner, desto praller sind sie. Je gröfser, desto mehr schwindet der rote Hof um sie herum, desto zerreifsbarer sind sie. Ulcerationen, Gangrän und diphtheritische Beläge sind Folgen mangelnder Pflege der mit Blasen bedeckten Haut. Die von denselben zurückgelassenen bernsteingelben Borken fallen bald ohne Narben zu hinterlassen ab. — Die Pemphigusblase braucht nicht auf geröteter Haut zu entstehen, sie verhält sich, wie Hebra schon sagt, wie durch Hautreize künstlich erzeugte Blasen. Die Blasen stehen

bald vereinzelt, nur ein paar auf dem gesamten Körper, bald gruppiert, bald unregelmäfsig. Die kleinsten finden sich im Gesicht und auf dem Kopfe, die gröfsten am Leibe, Kreuzbeingegend und Streckseiten der Beine und Arme. Die Schleimhäute sind zuweilen mitergriffen. — Nachschübe fehlen nie, bei der akuten Form sind sie weniger zahlreich wie bei der chronisch-kachektischen. Die Dauer des Prozesses ist meistens drei Wochen. Im allgemeinen gleicht Verlauf und Ausgang des Pemphigus neonatorum dem bei den Erwachsenen. Beim Pemphigus cachecticus ist die Prognose stets ungünstig meist durch die Grundkrankheit, und beim Pemphigus foliaceus darf man auch nie eine günstige Prognose stellen. Energisch wendet sich Soltmann gegen eine Verquickung von Pemphigus foliaceus mit der Dermatitis exfoliativa neonatorum. Ersterer sei fast stets letal, letztere weise 50% Heilungen auf. „Die Blasen des Pemphigus ergreifen nur die Epidermis, die übrige Haut kann ganz intakt sein, die regelmäfsig geformte Blase hat ihren Saum, die Epidermis ist nicht verdickt.“ Bei der Dermatitis exfoliativa treten keinerlei Nachschübe wie beim Pemphigus auf, auch restituiert sich dort die Haut wieder ad integrum. — Was die Behandlung des Pemphigus neonatorum betrifft, so verwirft Verfasser den Frankschen Satz: „Die beste Behandlungsweise der Blasenkrankheit ist, sie unberührt zu lassen.“ Die Vorbedingungen sind gesunde Wohnräume, Hautpflege und Ernährung durch Mutter- bezw. Ammenmilch. Beim kontagiösen Pemphigus ist Isolation geboten neben Desinfektion der vom Kranken bewohnten Räume. Soltmann empfiehlt Eichenrindenbäder (500 g Decoct. Quercus auf 4 Liter Wasser reicht zu einem Bade aus) 2- bis 3mal täglich, 28° warm. Dauer 10 Minuten. Das Kind wird darnach nicht abgetrocknet, sondern in Wundwatte gepackt. Später werden die wunden Stellen mit Amylum bepudert oder mit Boraxalaunglycerin (2,0 : 0,5 : 100,0) betupft. Darauf wieder Einpacken in Watte. Blasen, die nicht spontan bersten, werden nicht eröffnet. Bei speckigen Blasenschorfen, Exulcerationen und Gangrän verwendet Verfasser statt reinen Amylums (Devergie) folgendes Pulver: Carbon. pulv. Cort. chin. fusc. āā 15, Acid. salicylic. 1,0, Mf. pulv. subtiliss. Für die Schleimhäute empfiehlt Soltmann Alaun oder Tannin mit Zucker in Lösungen. Salben verwirft er, dafür Lösungen von Liq. Alum. acetic. äufserlich. Intern Leberthran, Eisen, Arsen, Chinin, Jodkalium. *Hopf-Dresden.*

b. *der Cutis.*

Zur Bakteriologie der Stomatitis und Angina ulcerosa, von Abel. (*Centralbl. f. Bakt.* Band XXIV, No. 1. 1898.) J. Bernheim hat zuerst darauf hingewiesen, dafs Stomatitis ulcerosa häufig mit einer Angina ulcerosa einhergeht, die sich auf eine Tonsille beschränkt und unter Bildung eines Geschwüres mit mifsfarbigen Belägen auf der Mandel verläuft. Angina ulcerosa kommt aber auch ohne gleichzeitige Stomatitis vor und kann dann in den ersten Stadien, bevor die Ulcera sich von den Belägen gereinigt haben, als Rachendiphtherie imponieren. Bernheim fand bei Stomatitis wie bei Angina ulcerosa stets zwei Arten von Bakterien in grofsen Mengen: die eine derselben ist ein Stäbchen, das dem Diphtheriebacillus etwas ähnlich, aber gröfser als dieser, an beiden Enden zugespitzt und häufig mehr oder weniger stark gekrümmt ist. Dasselbe färbt sich mit Loefflerscher Methylenblaulösung weniger intensiv als der Diphtheriebacillus und entfärbt sich bei der Gramschen Methode nach längerer Alkoholwirkung. Der zweite Mikroorganismus ist eine äufserst zarte, feine, nach Gram nicht färbbare Spirochaete. Bernheim hält Stomatitis und Angina ulcerosa für identische Krankheitsprozesse und die beiden Mikroorganismen für die Krankheitserreger. Alle diese Angaben kann der Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen bestätigen. Einzelne den beschriebenen ähnliche Bacillen und kleine Spirochaeten findet man wohl manchmal bei Diphtherie wie auch in der gesunden Mundhöhle; aber in so

grofsen Mengen und so wenig untermischt mit anderen Bakterien finden sich die fraglichen Organismen nur in den Geschwüren und in den Tonsillenbelägen der Stomatitis und Angina ulcerosa. *Götz-München.*

Über Pharyngomykosis leptothricia, von Max Toeplitz. (*New York med. Journ.* 25. Juni 1898.) Das Hauptverdienst dieser Arbeit liegt in dem aufserordentlichen Fleifse, mit welchem wohl die gesamte, dieses Thema betreffende Litteratur (53 Nummern) gesammelt wurde. Da die Pharyngomykosis leptothricia keineswegs zu den häufigen Rachenaffektionen gehört, so scheint T., welcher drei Fälle genauer beschreibt und aufserdem von Dutzenden von Fällen spricht, die er in den letzten 12 Jahren beobachtet hat, auch selbst über ein sehr grofses Material zu verfügen. Die durch den Leptothrix verursachte Rachenaffektion besteht objektiv aus einem meist an den Tonsillen und der Zungenwurzel sitzenden und fest haftenden, gelblichweifsen Belag, der oft Monate lang hindurch bestehen kann und nur wenig subjektive Beschwerden, wie geringe Heiserkeit, Kitzeln im Halse, verursacht. Die meist vorhandene Fieberlosigkeit und das wenig gestörte Allgemeinbefinden sind besonders differentialdiagnostisch von Wichtigkeit. Referent hat sowohl in den vor einigen Jahren beschriebenen Fällen (*Münch. med. Wochenschr.* 1893. No. 20.) wie in den späterhin beobachteten die Gutartigkeit dieser Affektion, die man aber eben kennen mufs, um sich vor Verwechselungen zu hüten, bestätigt gefunden. Zur Behandlung empfiehlt T. Abtragung mit dem scharfen Löffel und Galvanokauter, meist genügt wohl erstere, um die Affektion völlig zum Verschwinden zu bringen. Gurgelwässer der verschiedensten Art und Ätzmittel, wie Sublimat (1 : 1000) dürften gemäfs der Natur des Leidens wohl wenig Wert haben. *Stern-München.*

Vorläufiger Bericht über einen Fall von blastomykotischer Dermatitis, von Gideon Wells. (*New York med. Journ.* 26. März 1898.) Ein im übrigen ganz gesunder 40jähriger Mann war seit elf Jahren an einem Geschwür auf dem Rücken der linken Hand erkrankt, das sich allmählich bis auf den Vorderarm ausbreitete. Das Geschwür war schmerzhaft, erhaben, zeigte fungöse Granulationen, stellenweise Verheilung mit Wiederaufbruch, auch Abscesse treten darin oft auf. Gründliche chirurgische Beseitigung mit plastischer Deckung brachte völlige Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Parasiten (Blastomyceten) in den Abscessen des Coriums und des Epithels Tuberkelbacillen fehlten, auch blieben geimpfte Meerschweinchen frei von Tuberkulose; Kulturen auf Blutserum, Agar etc. ergaben Staphylococcus pyogenes aureus und albus. *F. Hahn-Bremen.*

Botryomykosis der Hand, von Rafin. (*Lyon méd.* 1898. No. 32.) Der haselnufsgrofse, pilzartige, mit einem dicken aber kurzen Stiele versehene Tumor safs auf der Dorsalfläche des linken Metacarpus. Nach Dor ist die Neubildung identisch mit der beim Pferde vorkommenden, wo sie sich stets in der Umgebung des Nebenhodens nach einer schlecht ausgeführten Kastration entwickelt. *C. Müller-Genf.*

Framboesie der Stirngegend, ähnelnd dem Pian der Tropen und der Botryomykose, von Sabrazès und Laubie. (*Archiv. de parasitol.* Juli 1898.) Der gesunde Mensch, ein Matrose, fiel auf der Reise von Rio de Janeiro an Bord seines Schiffes und verletzte sich leicht an der Oberarmgegend. Unter einem aufgelegten Diachylonpflaster entwickelte sich binnen vier Tagen eine markstückgrofse, 1 cm hohe rundliche Wucherung, von graugrüner Farbe mit bläulichen Rändern und heller seröser Absonderung. Der Tumor wurde excidiert, mikroskopische Untersuchung und Tierexperiment ergab reichlich Staphylococcus aureus und Bacterium coli. Es handelte

sich um follikuläre Nekrose, bedingt durch den Staphylococcus, und eine perifollikuläre Infiltration, die noch nicht vereitert war. *F. Hahn-Bremen.*

Zwei Fälle von Sklerom (Rhinosklerom) in Deutschland, von Heermann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 22.) Bis zum Jahre 1892 sind in Deutschland nur vier Fälle von Rhinosklerom beobachtet worden. Verfasser teilt zwei neue bakteriologisch und mikroskopisch gesicherte Fälle mit. Der erste betrifft eine 36jährige Bauerntochter aus Niederschlesien, der zweite ein 21 jähriges Dienstmädchen aus Ostpreufsen. Bei der ersten Patientin hat Verfasser vier Jahre lang das Leiden verfolgt und den progressiven Charakter desselben festgestellt. Eine nahe Blutsverwandte des Mädchens litt an Paukenhöhlensklerom wahrscheinlich desselben Charakters. — Bei der zweiten Patientin war der primäre Sitz des Skleroms Nasenrachenraum, Larynx und Trachea (Anfälle von Atemnot), später entwickelte sich das Rhinosklerom. Mikroskopische Untersuchung eines exstirpierten Geschwulstteiles aus dem Larynx ergab: Dichte geschichtete Lage von Pflasterepithel am freien Rande des Tumors, das zapfenförmige Fortsätze in das darunter liegende vaskularisierte Rundzellengewebe sandte. Dieses letztere wurde stellenweise unterbrochen von zellreichem Bindegewebe mit spindelförmigen Zellen. In allen Präparaten fanden sich scharf umschriebene kugelige Gebilde mit einer unregelmäfsigen feinen Zeichnung in ihrem Innern (Mikulicz). Die charakteristischen Bakterien lagen nicht nur innerhalb der Mikuliczschen Zellen, sondern auch aufserhalb derselben frei im Gewebe. — In beiden Fällen gelang es dem Verfasser, die typischen Rhinoskleromkulturen zu züchten. — Da sich bei beiden Patientinnen eine Einschleppung aus Rufsland, wo das Rhinosklerom häufiger vorkommt, nicht nachweisen liefs, hegt Verfasser die Vermutung, dafs auch in Deutschland überall Rhinosklerom vorkommt und meist falsch diagnostiziert wird (Lues, Scrophulose). *I. Bloch-Berlin.*

Zur Histopathologie der Verruca peruviensis, von Letulle. (Gesellsch. f. Biol. Sitzung vom 16. Juli 1898.) Dieselbe bildet eine infektiöse, endemo-epidemische, auf den Menschen inokulierbare, für diesen aber nicht kontagiöse Affektion; dagegen können eine grofse Zahl von Haustieren befallen werden. Die Gröfse des Tumors variiert von den Dimensionen eines Hirsekorns zu denen einer Mandarine. Meist sind die Haut und die Schleimhäute, seltener die Eingeweide, befallen. Histologisch besteht die Affektion aus einer Proliferation des dermalen und hypodermalen Bindegewebes und der Gefäfse, welche Veränderungen sich aber von denen beim Hautpapillom unterscheiden. Diese entzündlichen Wucherungen sind der Sitz von Wanderzellen, welche sich in den interstitiellen Räumen aufhalten und selten zur Eiterung führen. Es wurde in diesen Tumoren ein eigenartiger Bacillus nachgewiesen, der in vielen Punkten, besonders aber in seinem Verhalten gegenüber den Farbstoffen mit dem Kochschen übereinstimmt. (*Presse méd.* 1898. No. 60.) *C. Müller-Genf.*

Die Condylomatosis pemphigoides maligna (Pemphigus vegetans Neumann), von Tommasoli. (*La Clinica moderna.* 1898. No. 16—18.) Verfasser trennt den Pemphigus vegetans vollständig von der Pemphigusgruppe aus und reiht ihn unter die malignen pemphigoiden Dermatosen und zwar aus folgenden Gründen: Erstens zeichnet sich die Condylomatosis pemphigoides maligna, wie T. den Pemphigus vegetans umgetauft hat, durch ein beinahe typisches Prodromalstadium von mehr oder weniger langer Dauer aus. In zweiter Linie kommen in Betracht die besondere Lokalisation der ersten eruptiven Elemente bei der Condylomatosis pemphigoides, wodurch sie sich wieder vom Pemphigus vegetans unterscheidet. Ferner wurde von den Autoren dem bullösen Stadium eine besondere Wichtigkeit in diagnostischer Beziehung zugeschrieben;

nun ist aber die Elementarläsion, die wir je nach ihrem Umfange Bläschen oder Blase nennen, eine höchst banale Erscheinung, die nach den verschiedensten äufseren oder inneren Reizen auftreten kann; aufserdem kann bei der Kondylomatose eine bullöse Eruption vollständig fehlen, jedenfalls spielt sie im Symptomenbilde keine hervorragende Rolle. Den gröfsten Wert verlegt er hingegen auf das kondylomatöse Element, welches sich von der beim Pemphigus vulgaris zuweilen beobachteten Erscheinung sowohl klinisch als histopathologisch unterscheidet. Des weiteren ist die kürzere Dauer und die bedeutendere Malignität der Condylomatosis gegenüber dem Pemphigus zu berücksichtigen, obwohl auch letzterer tödtlich verlaufen kann. Endlich kommt der Pemphigus häufiger beim männlichen, die Condylomatosis hingegen und ganz besonders die Impetigo herpetiformis mehr beim weiblichen Geschlechte vor. — Gestützt hierauf streicht Verfasser den Pemphigus vegetans Neumann aus der Klasse des Pemphigus und rechnet ihn neben der Dermatitis herpetiformis Duhring der Impetigo herpetiformis und der Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique Hallopeaus (mit welcher letzteren er vielleicht vollständig identisch ist) zu den malignen pemphigoiden Dermatosen. *C. Müller-Genf.*

Pelon beschreibt **zwei Fälle von Erythema nodosum im Verlaufe von Influenza.** Der eine derselben zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dafs sich ein deutlicher Erythemknoten auf der Conjunctiva ausbildete. Bei beiden waren verschiedene Gelenke an dem entzündlichen Prozesse beteiligt. Das verordnete Salicyl blieb ohne jede Wirkung, dagegen hatte Chinin guten Erfolg. Mit Hebra identifiziert Verfasser das Erythema nodosum mit dem Erythema multiforme, indem letzteres nur eine Form des ersteren und keine Affektion sui generis darstelle. (*Presse méd.* 1898. No. 75.) *C. Müller-Genf.*

Über den Einflufs venöser Stauung auf die Zerstörung von Milzbrandvirus im Unterhautbindegewebe, von H. J. Hamburger. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. XXIV. No. 9. 1898.) Verfasser weist durch Experimente nach, dafs unter Ausschliefsung der phagocytären Wirkung der weifsen Blutkörperchen die venöse Stauung das Zugrundegehen von Milzbrandvirus im Unterhautbindegewebe bedeutend gefördert hat. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Anthrax, von Miller. (*Philadelphia med. Journ.* 19. Febr. 1898.) Der Patient litt an einer typischen Anthraxpustel am Nacken von 2 cm Durchmesser; Therapie war erfolglos. Die Bacillen konnten in den den schwarzen Schorf umgebenden Bläschen nachgewiesen werden. *F. Hahn-Bremen.*

Über Behandlung des Karbunkels, von Sol. N. Rosenbaum. (*New York med. Journ.* 11. Juni 1898.) Nach Aufzählung der verschiedenen unblutigen und blutigen Methoden, welche bereits gegen Karbunkel empfohlen und angewandt worden sind, beschreibt R. seine Methode, welche die drei Vorzüge vereinigen soll, schmerzlos zu sein, rasche Heilung zu bewirken und keine Narbe zu hinterlassen. Eine 6—8fache Schicht mit Borsalicyllösung durchtränkter Gaze, etwas gröfser als der Karbunkel, wird mit 10% Ichthyolsalbe bestrichen und dann auf diesen gelegt, darüber kommt ein impermeabler Stoff, dann eine Schicht Watte und schliefslich die Binde. Nach zwei Tagen wird der Verband erneuert, ein Teil des Eiters ist bereits aus dem Karbunkel ausgetreten und nach wiederum zwei Tagen meist völlig entleert. Beim dritten oder vierten Verbandwechsel ist bereits Granulation zu konstatieren und die Heilung erfolgt ohne sichtbare Narbenbildung. Die einzige Allgemeinbehandlung,

welche R. noch hinzuzufügen zuweilen für nötig hielt, besteht in der Verabreichung von Abführmitteln und bei anämischen und kachektischen Personen von Hypophosphite Syrup. *Stern-München.*

Abortivbehandlung des Milzbrands, von Cipriani-Sassari. (*Allg. med. Centralztg.* 22. Jan. 1898.) Verfasser, der die einfache chirurgische Behandlung der Pustula maligna mit Rücksicht auf die häfslichen Narben und die Karbolsäure-injektionen, die ihm sehr gute Resultate (auf 60 Fälle von Milzbrand nur 1 Todesfall) gegeben hatten, wegen der Intoxikationsgefahr und der lokalen Reizungen verlassen hat, empfiehlt an der Hand von sechs Fällen die Injektionen einer 1%igen Chinosollösung. Sie werden gut vertragen, die Narben sind klein und nach 20 Tagen gänzlich unsichtbar. Cipriani empfiehlt seine Methode zur Nachprüfung. *Hopf-Dresden.*

Über die Heilwirkung des Marmorekschen Streptokokkenserums, von Georg Bonne. (*Therap. Monatsh.* 1898. No. 9.) Seine eigene Krankengeschichte berichtet Verfasser. An eine Lymphangitis eines Beines schlofs sich eine schwere Sepsis mit Abscefsbildung am Oberschenkel, Lungenembolie, exsudativer Pleuritis, Gelenkentzündungen. Der wiederholten Injektion des Marmorekschen Streptokokkenserums glaubt Verfasser seine vollkommene Wiederherstellung zu verdanken, er empfiehlt es daher warm für ähnliche Fälle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung des Erysipels, von Schultze-Schandau. (*Therap. Monatsh.* Juli 1898.) Verfasser berichtet über ein typisches Wunderysipel der Hand, das unter Einspritzung einer 3%igen Karbolsäurelösung in der ganzen Cirkumferenz des betreffenden Vorderarms zur Heilung gelangte. Die nur bis in die Lederhaut erfolgende Injektion ward nur einmal vorgenommen. (Es ist dies die von Hueter zuerst angegebene Methode der Erysipelbehandlung, die aber am behaarten Kopf z. B. nur schwer und bei ausgebreiteten Körpererysipelen, wenn sie überhaupt Erfolg haben soll, mit Rücksicht auf etwaige Intoxikationen nicht umfassend genug ausgeführt werden kann. D. Ref.) *Hopf-Dresden.*

Über die Behandlung des Erysipels, von Elmar Fischer. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1898. No. 38.) Nach einer Übersicht über die zahlreichen gegen das Erysipel empfohlenen Heilverfahren berichtet Verfasser über sehr günstige Erfolge mit der Alkoholbehandlung. Er läfst aufgelegte Leinwand etc. permanent mit 85—95% Alkohol feucht erhalten. Andere bedecken den Alkoholverband mit einem durchlöcherten, undurchlässigen Stoff. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Natrium benzoicum gegen Erysipel, von Haberkorn. (*Medico.* 1898. No. 35.) Innerlich genommen beeinflufst Natrium benzoicum den Verlauf der sich auf der Haut abspielenden Infektionskrankheiten, Masern, Röteln, Scharlach und besonders Erysipel in günstiger Weise. Bei letzterem Leiden wirkt es coupierend. Man verordnet: Natr. benzoic. 10,0, Gum. arab. 15,0, Sacch. 20,0, Aq. destill. 200,0. Ds.: Zweistündlich einen Kinder- bis Efslöffel (je nach dem Alter des Patienten). Das Medikament wird anfangs, in der Fieberzeit, gut genommen, später erregt es Widerwillen. Auch gegen das habituelle Erysipel wirkt Natrium benzoicum kurativ und prohibitiv.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Behandlung des weichen Schankers, von Fournier. (*Presse méd. belge.* 1898. No. 22.) Verfasser empfiehlt bei kleinen, nicht komplizierten Schankern dieselben in gewöhnliche Geschwüre umzuwandeln und zwar mit Hülfe von Causticis; z. B. die Ricordsche Pasta: Kohlenstaub wird mit Schwefelsäure bis zur Wachskonsistenz an-

gerührt und die Pasta auf das Ulcus in der Weise aufgetragen, dafs sie in die kleinsten Winkel eindringt; das Ganze wird mit etwas Watte bedeckt. Das Verfahren ist aber nicht anwendbar, wenn in der Nähe andere Schanker vorhanden sind, wenn das Geschwür grofs ist, wenn es in der Urethra oder am Meatus gelegen ist.

C. Müller-Genf.

Zur Abortivbehandlung der Bubonen, von KARL GRUNDFEST. (*Wien. klin Wochenschr.* 1898. No. 32.) Jüngst hat WAELSCH empfohlen, die Bubonen mit Injektion physiologischer Kochsalzlösung nach eventueller Aspiration des Eiters mit der PRAVAZschen Spritze zu behandeln. Verfasser hat diese Methode an 20 Patienten geprüft. Davon verliefen 8 (= 40%) günstig, es trat Heilung ohne Incision ein. Dieser Procentsatz wird auch durch weniger eingreifende Verfahren (Umschläge, Jodtinktur etc.) erreicht. Bei 12 genügte die Methode nicht; bei 11 mufste incidiert werden, einer heilte nach Injektion von 1%iger Argentum nitricum-Lösung. Verfasser glaubt deshalb nicht die WAELSCHsche Methode empfehlen zu können, trotzdem sie schmerzlos ist und die spontane und durch Druck hervorgerufene Schmerzhaftigkeit günstig beeinflufst.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Kupfernase (Acne rosacea) und ihre Behandlung namentlich mittels der galvanokaustischen Glühnadel, von F. BLOEBAUM. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 52.) Nach einer Betrachtung der bekannten ätiologischen Momente für die Entstehung der Acne rosacea bespricht Verfasser eingehend die Therapie. Die interne knüpft an die eventuelle Ursache an, dauernde Erfolge sind von ihr nicht zu erwarten. Äufserlich sind die besten Resultate durch Zerstörung der ektatischen Gefäfse und Knötchen mittels der Ignipunktur zu erzielen. Unter Infiltrationsanästhesie wird die glühende Nadel eines vom Verfasser zur Epilation angegebenen Brennapparates den erweiterten Gefäfsen entlang geführt resp. ca. 2 mm tief eingesenkt. Nach der Sitzung kalte Umschläge. Anhangsweise wird auch über gleich günstige Erfolge mit der Glühnadel bei Sykosis berichtet. (Die Mikrobrenner UNNAS und TAENZERS erwähnt Verfasser nicht. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Lichen WILSONI, von HALLOPEAU. (*La sem. méd.* 1897. No. 57.) Nach Ansicht des Verfassers wird die unter dem Namen Lichen ruber planus bekannte Dermatose mit Unrecht von der Wiener Schule mit Lichen ruber acuminatus zu einer Krankheitsform vereinigt. Der Verfasser schlägt vor, die Krankheit Lichen WILSONI zu nennen, da sie von WILSON zuerst beschrieben wurde; die Bezeichnung Lichen ruber planus hat keine Berechtigung, da die Efflorescenzen nicht immer flach und nicht immer rot sind. — Der Verfasser glaubt in Übereinstimmung mit UNNA und LASSAR, dafs die Krankheit parasitären Ursprungs ist. Er unterscheidet nach dem Aussehen der Hauteruptionen zahlreiche Formen, die alle genau beschrieben werden Für pathognomonisch erklärt der Verfasser die Eruptionen auf der Schleimhaut der Mundhöhle in ihrer typischen Form, wie sie in zwei Dritteln aller Fälle vorkommen; sie können sich vor den Hauteruptionen entwickeln und lange Zeit allein bestehen; sie sind je nach ihrem Sitz auf der Schleimhaut der Lippen, der Wangen und der Zunge verschieden. Sie verursachen gewöhnlich gar keine oder höchstens geringfügige Beschwerden. — Der Verlauf ist zumeist chronisch, der Verfasser hat aber auch sehr akut verlaufende Fälle beobachtet. — Die Prognose ist quoad vitam gut, nur in ganz seltenen Fällen bringt sehr starke Prurigo Gefahr. — Von der Heilkraft des Arseniks bei dieser Krankheit ist der Verfasser nicht so ganz überzeugt; da gewöhnlich auch lokal behandelt wird, ist es nach seiner Ansicht ungewifs, wieviel von dem erzielten Resultat auf Rechnung des Arseniks kommt. Zur örtlichen Behandlung empfiehlt er

die Pyrogallussäure, Chrysarobin, Karbolsäure, Sublimat, Salicylsäure. In akuten Fällen sind prolongierte Bäder und Applikation von Zinkoxydsalbe am Platze.

Götz-München.

Progressive Ernährungsstörungen.

Philippson beschreibt **einen Fall von Sarkomatose der Haut, verbunden mit visceraler Carcinomatose.** (*Rif. med.* 1898. No. 165.) Der 70jährige Patient war bedeutend abgemagert und abgeschwächt mit ausgedehnten Ödemen der Extremitäten und zeigte weit über den Körper verbreitet eine Eruption von kleinen in der Cutis und im Unterhautzellgewebe gelegenen Tumoren, die sich histologisch als Sarkome zu erkennen gaben (idiopathische Hautsarkomatose von Kaposi). Bei der Autopsie wurde ein Lebercarcinom mit zahlreichen Metastasen in den Nieren, den Lungen, dem Pankreas und den serösen Membranen konstatiert. Nebeneinander bestand also bei demselben Patienten ein Carcinom der Leber und eine Sarkomatose der Haut.

C. Müller-Genf.

Die Behandlung inoperabler Sarkome mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus, von William B. Coley. (*Wien. med. Blätter.* 1898. No. 38, 39.) Aus seinen Versuchen schliefst Verfasser: 1. Eine beträchtliche Zahl von inoperablen Sarkomen, deren Diagnose zweifellos richtig gestellt ist, wurde unter der Behandlung mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus geheilt. 2. Ein grofser Procentsatz dieser Fälle blieb durch mehr als drei Jahre recidivfrei; die Heilung kann also als eine dauernde angesehen werden. 3. Die verschiedenen Arten von Sarkomen reagieren auf diese Therapie verschieden. Am erfolgreichsten ist sie beim Spindelzellensarkom, weniger erfolgreich beim Rundzellensarkom, wiewohl auch von diesen ein Teil geheilt wurde. Das melanotische Sarkom zeigt höchstens eine geringe Besserung. 4. Die Wirkung der Toxine auf die Sarkome besteht in einer rasch fortschreitenden Nekrobiose mit fettiger Degeneration; sie hat einen spezifischen Charakter. 5. Der spezifische Charakter wird auch bewiesen durch das Verschwinden des Sarkoms nach Injektion an entfernter Stelle. 6. Die Behandlung ist mit einer gewissen Gefahr verbunden; Kollaps, Pyämie drohen. Jedoch starben Verfasser unter 200 Fällen nur 2 infolge der Behandlung, darunter ein beim Behandlungsbeginn schon moribunder Patient. 7. Der Gebrauch kleiner Toxindosen nach primärer Operation als Prophylacticum hat viel für sich. 8. Die Wirkung der Erysipeltoxine ist dieselbe wie diejenige der lebenden Erysipelkokken.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Sarkom auf narbig-lupösem Boden, von Tauffer. (*Virchows Arch.* 151. Band. Suppl. 1898.) Bei einem 27jährigen Manne, der seit seinem 11. Lebensjahre an ausgebreitetem Lupus des Gesichts leidet, war im Jahre 1893 eine haselnufsgrofse, aus den geschwürigen Stellen sich entwickelnde Geschwulst am linken Mundwinkel, im Jahre 1895 zwei Recidivgeschwülste und im Jahre 1896 ein weiteres Recidiv entfernt worden. Das letztere erwies sich bei der histologischen Untersuchung als beginnendes Epitheliom. Ein Vierteljahr später begann nach aufsen von dem ursprünglichen Operationsfelde die Bildung einer Geschwulst, die bis zu Wallnufsgröfse wuchs und ebenfalls entfernt wurde. Der Tumor erwies sich als Spindelzellensarkom mit Riesenzellen auf chronisch-entzündlichem narbigen Boden. Als Matrix mufs das kollagene Gewebe betrachtet werden. Ist die Entwickelung eines Sarkoms auf lupös-narbigem Gewebe an und für sich schon eine aufserordentliche Seltenheit, so zeigt der Fall ferner, dafs auf dem gleichen Boden unabhängig voneinander Repräsentanten zweier verschiedener Geschwulstarten entstehen können. — Bezüglich der Genese von Carcinomen bezw.

Sarkomen spricht sich der Verfasser für eine kausale Bedeutung der chemischen Veränderung der Gewebe aus. Aus dem chemisch-tinktoriellen Verhalten ergiebt sich nämlich bei den malignen Neubildungen regelmäfsig eine Abnahme der Alkalescenz der pathologischen Gewebsteile. Ob die durch Tuberkulose bedingte Abnahme der Alkalescenz des Blutes durch Verringerung der Alkalescenz der Gewebe die Entwickelung maligner Tumoren begünstigt, mufs vorerst noch dahingestellt bleiben.

Götz-München.

Behandlung und Heilung eines Falles von Epitheliom der Unterlippe nach der Methode von Czerny-Trunecek. (*Presse méd.* 1898. No. 75.) Der Tumor safs in der Gröfse einer grofsen Haselnufs am freien Rande der Unterlippe. Da die Excision desselben von dem Patienten verweigert wurde, versuchte Verfasser das Verfahren von Czerny: Der Tumor wurde zunächst mit einem Desmarresschen Skarifikator tüchtig eingerieben und mit einer Arseniksäurelösung eingepinselt. (Acid. arsenic. 1,0, Alkohol, Aqua dest. ā 75,0.) Das Verfahren wurde täglich wiederholt und drei Monate später, nachdem man die Lösung in doppelt so starker Konzentration angewendet hatte, war die Neubildung verschwunden und nach zehn weiteren Monaten nicht wieder erschienen. *C. Müller-Genf.*

Über die Verruca vulgaris, von M. de Amicis. (*Giorn. ital. d. scienze med.* 1898. No. 12.) Verfasser behandelt die Frage in symptomatologischer, histologischer, anatomisch-pathologischer, bakteriologischer und therapeutischer Beziehung. Spezifische Mikroorganismen im Warzengewebe nachzuweisen gelang ihm nirgends; ebenso fielen alle Inokulationsversuche negativ aus. *C. Müller-Genf.*

Multiples, spontanes Keloid der Zehen, von S. B. Rannept. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 30.) An der Dorsalseite der dritten und vierten Zehe des linken Fufses eines einjährigen Mädchens finden sich glatte, glänzende, blafsrote, derbe, elastische, nicht faltbare, scharf abgegrenzte, an der Basis etwas eingeschnürte, fest aufsitzende Tumoren von 12 : 7 resp. 12 : 9 mm Gröfse, die ca. 4 mm die Umgebung überragen. Beschwerden hatte das Kind nicht; ein ätiologisches Moment war nicht bekannt. Verfasser diagnostizierte Keloid und beseitigte sie durch Elektrolyse. Die mit dem negativen Pol verbundene Nadel wurde an der Basis der Neubildung durchgestochen. Jetzt, 12 Monate nach der Beseitigung, noch kein Recidiv. Angewandt wurde ein Strom von 2—3 M. A., Sitzungsdauer 2 Minuten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Molluscum fibrosum, von Mowat. (*Scott. Med. and Surg. Journ.* Sept. 1898.) Der kräftige Patient ist seit 5 Jahren von den Tumoren befallen, welche kommen und gehen. Nicht befallen sind Handflächen und Fufssohlen, sowie die behaarte Kopfhaut; die Gröfse der Tumoren, welche durchaus schmerzlos sind, variiert von Nadelspitzgröfse bis 1½ Zoll Durchmesser. Viele sind mit Komedonen dicht bedeckt, sie sind weich und fühlen sich wie Fettgeschwülste an, erscheinen mit der Haut verwachsen, lassen sich aber leicht von der Unterlage abheben; der Patient ist von wenig hervorragender Intelligenz. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Tumors ergab weitmaschiges Bindegewebe mit zahlreichen Bindegewebszellen. Verfasser teilt nicht v. Recklinghausens Ansicht, dafs diese Tumoren sich mit Neurofibromen kombiniert vorfinden, wofür in diesem Falle auch die aufserordentliche Pigmentierung an einzelnen Hautstellen mit dazwischenliegenden Leukodermaflecken sprechen könnte. Er nimmt vielmehr eine Entstehung aus den bindegewebigen Schichten der Haarfollikel und der Talgdrüsen an. *F. Hahn-Bremen.*

Über die unvollständigen Formen der Neurofibromatose; Recklinghausensche Krankheit, von Feindel und Oppenheim. (*Arch. gén. de méd.* Juli 1898.)

Von den typischen Symptomen dieser Affektion (Vorhandensein multipler Hauttumoren, von Tumoren im Verlaufe der Nervenstränge, punkt- und flächenförmige Pigmentationen, allgemeine Störungen im Gebiete des centralen Nervensystems in Form von Asthenie, Schwindel, Sprachstörungen, geistige Schwäche) können einzelne fehlen. So sind Fälle bekannt gemacht worden, wo entweder die Haut- oder die Nerventumoren oder beide zusammen fehlten und man doch eine Neurofibromatose anzunehmen sich berechtigt glaubte, indem man die Existenz einer monosymptomatischen Neurofibromatose voraussetzt, wobei von den charakteristischen Symptomen nur eines vorhanden ist. Deutsche Autoren sprechen übrigens nur in solchen unvollständigen Fällen von Neurofibromatose, während sie das vollständige Symptomenbild als kongenitale Elephantiasis bezeichnen. Ihrem Wesen nach ist die Affektion auf eine Mifsbildung des Ektoderms zurückzuführen. *C. Müller-Genf.*

Über ein Chondrom der Haut, von Tailhefer. (*Arch. provinc. de Chir.* 1898.) Der Verfasser beobachtete bei einer 72jährigen Frau in der Genitocruralfurche eine seit langer Zeit bestehende, vielleicht auch angeborene, mit der normalen Haut verwachsene Geschwulst von der Gröfse einer Eichel. Die Geschwulst bestand aus kartilagenösem Gewebe, das von ausgebildeten Bindegewebszellen überzogen war. In dieses Stroma eingebettet fanden sich drüsenähnliche Schläuche, deren Wände aus kubischen Epithelzellen bestanden. Eine Grenzmembran konnte nicht gefunden werden. Es handelte sich um ein Chondrom der Haut; dasselbe unterschied sich von dem von Unna beschriebenen Chondrom der Haut, dem einzigen bis jetzt beobachteten Fall, nur durch die das Knorpelgewebe überkleidenden Bindegewebszellen. — Der Verfasser glaubt, dafs das Knorpelgewebe an Ort und Stelle durch Umwandlung aus Bindegewebe entstanden ist, und dafs diese Umwandlung an der Grenzmembran der Drüsenschläuche begonnen hat. Bezüglich der Natur der Epithelzellen, welche die tubulösen Drüsen bildeten, kann der Verfasser nichts Bestimmtes angeben.

Götz-München.

Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von Morbus Addisonii, von Silvestrini und Daddi. (*Settimana med. d. Sperim.*) Der Fall zeichnet sich aus durch die vollständige Zerstörung des Nebennierengewebes, bei relativ sehr wenig ausgesprochener Pigmentation der Tegumente, durch die hochgradige Asthenie und den rapiden Verlauf. Im centralen sowohl als peripheren Nervensystem konnten histologisch keine Veränderungen nachgewiesen werden. *C. Müller-Genf.*

Drei Fälle von Addisonscher Krankheit, von Tinozzi. (*Rif. med.* 1898. No. 152—155.) Verfasser zieht aus der Untersuchung von drei Fällen dieser Affektion folgende Schlüsse: Unter den ätiologischen Momenten der Addisonschen Krankheit figuriert die Influenza. Die spektroskopischen, hämoglobinometrischen Verhältnisse des Blutes, die Menge und Form der Blutkörperchen bieten öfters nichts Besonderes, oder aber es besteht Oligocythaemie. Die Toxicität des Blutes bei Addisonpatienten ist erhöht. Im Urin findet man stets eine Zunahme des Kaliumindoxysulfats; zuweilen hat man Acetonurie und Uroerythrinurie konstatiert. Es scheint, dafs diese Thatsachen mit Verdauungsstörungen zusammenhängen. Bezüglich der Toxicität des Urins hat man bald Hyper-, bald Hypotoxicität, bald normale Verhältnisse vorgefunden. Auch bei raschem Verlaufe der Krankheit blieb die Körpertemperatur normal. Die Intensität der Braunfärbung der Haut stand in direktem Verhältnisse zur Heftigkeit der Schmerzen in den Lenden und im Nacken. Das klinische Bild der Addisonschen Krankheit entspricht einer komplizierten Autointoxikation, verursacht durch anatomische oder funktionelle Läsionen der Nebennierenkapseln. Das Neurin ist sicher nicht die Substanz, welche den Addisonschen Symptomenkomplex erzeugt.

C. Müller-Genf.

Über den augenblicklichen Stand unserer Kenntnisse von den Nebennieren und ihren Funktionen, von M. Radziejewski. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 26.) Verfasser stellte als Extrakt aus Nebennierensubstanz ein rotbraunes Pulver dar, welches starke eisengrünende Reaktion zeigte und stets prompte physiologische Wirkungen hervorrief. Letztere bestehen in einer direkten Einwirkung auf die Muskulatur der Gefäfse und auf die motorischen Ganglien des Herzens, so dafs eine andauernde Steigerung des Blutdrucks die Folge ist, ohne dafs nach wiederholter Injektion eine Herzlähmung eintritt wie bei Digitalispräparaten. Verfasser schreibt deshalb dem Mittel grofse Wirksamkeit bei Wiederbelebungsversuchen, besonders nach Chloroformtod, zu. — Aufserdem besitzt das Mittel eine stark anämisierende und adstringierende Wirkung auf Schleimhäute, die Verfasser besonders bei Conjunctivitis simplex und leichten traumatischen Inpetionen konstatierte. — Der **Morbus Addisonii** ist nach diesen Resultaten eine Sympathicusaffektion, die von Störungen in den Nebennieren ausgeht, und Gefäfsverengerung, daher Anämie und Muskelschwäche, vielleicht auch die Bronzefärbung der Haut bewirkt.

I. Bloch-Berlin.

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Behandlung des Ulcus cruris vermittelst Xeroform-Zinkleim-Verband, von O. Beuttner-Genf. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1898, No. 14.) Verf. ist ein eifriger Verehrer des Xeroforms geworden und zieht es allen anderen pulverförmigen Antisepticis vor. Bei Ulcus cruris verfährt er in folgender Weise: Gründliche Desinfektion mit Sublimat, Aufstreuen einer dicken Xeroformschicht auf das Geschwür selbst und die umgebenden Hautpartien; Auflegen einer relativ dünnen Watteschicht auf das Ulcus allein und Anlegen des Zinkleimverbandes. In der ersten Zeit wird der Verband öfters gewechselt (alle 2 bis 3 Tage); später seltener. Verf. hat gefunden, dafs die Vernarbung merklich weniger rasch vor sich geht, wenn die Patienten ambulant behandelt werden. Bezüglich der Dauerresultate empfiehlt er den prophylaktischen Zinkleim-Verband, den er dann blofs noch alle 8—14 Tage wechselt.

C. Müller-Genf.

Die Hämorrhoiden und deren Behandlung von John F. Erdmann-New York. (*Med. News,* 6. August 1898.) Nach genauer Beschreibung der anatomischen Verhältnisse, des Sitzes und der Ausdehnung der Hämorrhoiden im allgemeinen bespricht E. in kurzem die Ätiologie derselben, wofür meist lang dauernde Diarrhoe oder Verstopfung, Unterleibsaffektionen, wie Tumoren und Rückwärtslagerung der Gebärmutter, Exsudate, sexuelle Excesse, Masturbation und sitzende Lebensweise in Betracht kommen. E. teilt die Hämmorrhoiden in zwei grofse Gruppen, in äufsere und innere, ein. Erstere ergeben wieder drei Unterabteilnngen: die thrombotischen, die wenig vorspringenden, sog. häutigen und die venösen; die zweite Unterart geht aus der thrombotischen, wo die Hervorragung hart, auch bei Berührung sehr schmerzhaft, dem äufseren Ansehen nach bläulich ist und geronnenes Blut enthält, hervor und zeigt an Stelle der resorbierten Blutgerinnsel eine fibröse Masse, als subjektives Symptom besteht hier nur ein unaufhörliches Juckgefühl, besonders markant bei Nacht und nach physischer Arbeit. Die dritte Unterart, die venöse, steht ihrer anatomischen Beschaffenheit nach dem Typus der inneren, d. h. innerhalb des Sphincter ani in der Schleimhaut des Mastdarms gelegenen Hämorrhoiden sehr nahe und ähnelt in den Symptomen einem nicht oder nur teilweise reponierbarem Vorfalle. Die inneren Hämorrhoiden werden eingeteilt in kapilläre oder blutende und venöse oder gestielte. Erstere sind selten von aufsen oder auf Digitaluntersuchung

zu erkennen, sondern nur mit dem Speculum oder Proktoskop, während die venösen leicht mit dem Finger zu erkennen sind, beim Pressen (Defäkation) leicht hervortreten und mit wenig Mühe wieder zurückzubringen sind. Was die Therapie betrifft, so hält E. wenig von einer nicht chirurgischen Behandlung; bei der venösen, äufseren Form könnte die Applikation von kaltem Wasser, 1—2 mal täglich, von Nutzen sein, bei der kapillären Cacaosuppositorien von Ferr. subsulph. (0,015—0,02) und Extr. strammonii (0,02—0,06), event. mit Hinzufügung von Morphium bei besonderen Schmerzen. Von den verschiedenen Operationsmethoden bewährte sich E. bei der thrombotischen Form der Hämorrhoiden am besten die Excision eines Stückes der Haut oder Schleimhaut und Entfernung der geronnenen Massen mittelst Auslöffelung, bei der venösen, äufseren Form hatte er häufig Erfolg mit dem galvanischen Strom, dessen einer Pol vermittelst feiner Nadeln in die erkrankten Teile, dessen anderer Pol über die Kreuzbein- oder Lumbargegend gebracht wird. Die kapillären Hämorrhoiden werden mit rauchender Salpetersäure, die gestielten am besten nur auf operativem Wege (Ligatur und blutige Abtragung) behandelt; bei der Methode mit Klammer und Thermokauter, ebenso wie der Whiteheadschen Operation (Ausschneidung aller kranken Teile und nachfolgende Naht) läge die Gefahr der Striktur sehr nahe. Als völlig nutzlos verwirft E. die Injektionen von Karbollösung und -Öl oder von Jodoformäther. Nach jeder Operation müssen natürlich die Diät und die übrige Lebensweise (viel Bewegung) zum Schutze vor Recidiven geregelt werden.

Stern-München.

Nagelkrankheiten, von E. Schwimmer-Budapest. (*Eulenburgs Reaenlcyclop.* Bd. XVI.) Die meisten pathologischen Zustände des Nagels gehen auf die Nagelmatrix zurück. Färbung, Gestalt, Wachstum des Nagels können entweder von allgemeinen oder örtlichen Ursachen abhängen. Einzelne Nagelkrankheiten entsprechen einer gleichzeitig bestehenden Hautkrankheit, andere sind rein örtliche Leiden. Die lange Dauer der Nagelaffektionen erhält ihre Erklärung im anatomischen Bau des Organs. Psoriasis, Ekzem und Mykosen an den Nägeln überdauern die Affektionen an der übrigen Körperoberfläche. Die angeborenen Anomalien der Nägel stehen an Häufigkeit hinter den erworbenen zurück. Man zählt zu diesen seltenen Anomalien das gänzliche Fehlen der Nägel, unvollkommene Entwicklung oder solche an abnormen Stellen. — Häufiger, wie gesagt, sind die erworbenen Nagelkrankheiten. Aplasia unguium oder Onychatrophia führt zu totalem Schwunde, das Cornu unguale, eine hornige Umbildung des Nagels zerstört ihn ebenfalls, andere Anomalien, wie Entfärbung, Sprünge im Nagel, bilden ebenfalls eine Verunstaltung des Exterieurs. Frühere Ärztegenerationen zogen aus der Beschaffenheit der Nägel Schlüsse auf den Zustand des Patienten. (Unguis hippocraticus = bläuliche Färbung bei Lungenleiden.) Es ist erklärlich, dafs kachektische Zustände auch den Nagel angreifen werden, woher dessen Difformitäten herrühren. Ebenfalls finden sich bei Patienten mit konstitutionellen Krankheiten oft Nägel von ganz embryonalem Charakter. Die einzelnen Lamellen sind weich, brüchig, glanzlos, und die Stelle des wirklichen Nagels nehmen nur dünne verhornte Epidermisstreifen ein. Die Fingerkuppe verbreitert sich dann gewöhnlich, so dafs die Fingerspitzen unschön werden. Bei anhaltenden Cirkulationsstörungen treten gleichfalls Veränderungen auf. Bei allgemeiner Cyanose sah Schwimmer von Geburt an verlängerte, auffällig konvexe Nägel von schwarzbläulicher Farbe. Bei Aneurysmen beobachtete Broca auffällige Wachstumszunahme, bei Knochenbrüchen Le Dentu Wachstumsbeschränkung der Nägel an der betreffenden Extremität. Dafs chemische und traumatische Schädlichkeiten die Nagelbildung beeinträchtigen können, liegt auf der Hand. Auch Nervenleiden haben mitunter Einflufs auf Wachstum und Form des Nagels. Brown-Séquard sah die Nägel spontan abfallen nach

Ischiadicusdurchschneidung, ESBACH sah nach Hemiplegien Verdickung, Krümmung und Verbreiterung, WEIR MITCHELL bei Gehirnlähmung Stillstand des Wachstums der Nägel eintreten. Die eigentlichen Nagelkrankheiten zerfallen in folgende Affektionen: Leucoma unguale seu Achroma unguium. — Onychia; Unguis incarnatus. — Onychauxis und Onychogryposis. — Onychia mycotica. — — Das Leucoma unguale stellt die bekannten weifsen Punkte oder Streifen dar, die, in der Hornplatte sitzend, ohne irgendwelche Störungen hervorzurufen, mit dem wachsenden Nagel vorwärts kommen, bis sie der Schere verfallen. Höchstwahrscheinlich werden sie durch in der Nagelsubstanz befindliche Luftblasen bedingt. Die Onychie, ein Entzündungsprozefs, der das Nagelbett allein oder die den Nagel umgebenden Hautpartien mit befallen kann, zerfällt in eine traumatischer, eine lokaler und eine konstitutioneller Art. — Über die traumatische Onychie ist nichts besonderes zu sagen. — Die Onychien lokaler Ursache treten auf infolge von Infektionen nach Schrunden der Finger, nach Druck durch unpassende Fufsbekleidung u. a. — Tritt keine Rückbildung der Entzündung ein und kommt es zur Eiterung, so werden, da der Eiter ziemlich tief zu sitzen pflegt, bis zur künstlichen oder spontanen Eröffnung heftige Schmerzen empfunden. Oft schliefst sich auch Lymphangitis an. Dauer und Schwere der Infektion hängt davon ab, in welcher Richtung sich der Eiter ausbreitet. Bei Paronychien infolge Schuhdruckes kann die Eiterung sogar bis auf den Knochen übergreifen. Bei Unguis incarnatus pedum mufs man sagen, dafs Härte nnd fehlerhafte Bildung des Nagels neben der fehlerhaften Beschuhung als ätiologische Momente anzusprechen sind. Die Erscheinungen sind bekannt. Mit dem Ausdruck Onychiae consecutivae oder symptomaticae sind jene Formen von Nagelentzündung gemeint, die als Folge konstitutioneller Krankheiten oder im Gefolge ausgebreiteter Hautaffektionen auftreten. Die wichtigste Form bildet die Onychia syphilitica. Sie tritt im Verlauf der vorgeschrittenen Lues auf und bildet mehr eine Perionychie als eine wahre Nagelaffektion. FOURNIER unterscheidet eine trockene entzündliche und eine ulceröse Form, entsprechend dem Charakter des Hautausschlags. Übergänge sind möglich. Sie befällt nie alle Nägel und ist nicht etwa die Folge ausgebreiteter Syphilis. Die schwersten Krankheitsfälle verlaufen häufig ohne Onychien. Prädisponierende lokale Momente sind für das Auftreten der syphilitischen Nagelentzündung hauptsächlich mit mafsgebend. (Schuhdruck, vieles Gehen, professionelle Schädlichkeiten.) Das Leiden beginnt mit Rötung und Schwellung der Hautränder, die glänzend und schmerzhaft werden. Die Nägel werden trocken, brüchig, und sofern papilläre Wucherungen auf der Matrix sich bilden, von der Unterlage emporgehoben. Der Nagel kann ganz abfallen. Ein vollständiger neuer Nagel bildet sich dann nicht wieder, meist nur eine unregelmäfsige Hornplatte oder nur höckrige verdickte Cutislagen an Stelle des früheren Nagels. Die Onychia scrophulosa oder maligna ist eine Erkrankung, die bei jugendlichen Personen mit scrophulöser Disposition leicht infolge traumatischer Einwirkung oder auch spontan auftritt. Meistens sind mehrere Nägel ergriffen, der Ausgangspunkt ist stets das Nagelbett, welches bläulichlivid aussieht, während die Hautränder geschwollen und schmerzhaft sind. Die Entzündung im Nagelbett geht oft in kleine Geschwüre über, die Nagelmasse wird abgehoben, die Geschwürsfläche hat einen diphtheritischen Belag. Neubildung des Nagels pflegt selten einzutreten. Der neue Nagelstumpf entbehrt ganz des Hornblattes und zeigt höckrige Matrixgranulationen anstelle des normalen Nagels Zuweilen führt der Prozefs durch Verschwärung bis auf den Knochen. — Wichtig sind auch die Nagelaffektionen, die im Gefolge weit verbreiteter Hautleiden auftreten. — Bei Ekzem des Nagels kerbt sich die Oberfläche ein, lamellöse Splitterung tritt auf, und das Längen- und Breitenwachstum wird gehemmt. Bei Psoriasis

erkranken die Nägel ganz selten ohne Affektion der Umgebung, meist stellt das Symptomenbild eine direkte Fortpflanzung psoriatischer Hautplaques dar. Die Nägel werden dick, wulstig, steigen steil von der Unterlage sich abhebend in die Höhe, sind blättrig und fallen zuweilen ab. An ihre Stelle treten dann weifsgraue schilfernde Massen. Hutchinson hat auch bei Cheiropompholyx eine Abbröcklung und Zerklüftung des Nagels gesehen. Die Behandlung der erwähnten Affektionen ist eine verschiedene. Bei traumatischen Onychien wendet man Antiphlogistica und Antiseptica an, entfernt eventuelle Fremdkörper; wo der Nagel nicht mehr zu erhalten ist, entfernt man ihn, um weitere Reizung durch die mangelnde Befestigung zu verhindern. Wucherungen beseitigt man chirurgisch oder mit Alaun, Pulvis Sabinae oder Cuprum sulfuricum, Lapis und anderem. Lokale Bäder entweder pur oder mit antiseptischem Beisatz thun oft gute Dienste. — Bei eingewachsenem Nagel thut die Prophylaxe viel. Leute mit Disposition dazu müssen ihre Nägel gut pflegen. (Gute Schuhe; Nägel nicht kurz schneiden.) Tritt Entzündung auf, so legt man Charpiefäden zwischen Nagelblatt und Matrix, um den Druck des Nagels auf die Unterlage zu mindern und leitet ein entzündungswidriges Verfahren ein. Bei eingetretener Eiterung versucht man erst die Granulationen zu ätzen und mit Adstringentien zu behandeln; wenn das ohne Erfolg ist, mufs der Nagel ganz oder teilweise entfernt werden, wozu Narkose nötig ist. Die symptomatischen Onychien erfordern zu ihrer Heilung aufser der lokalen auch eine Allgemeinbehandlung. Mit dem Namen Onychauxis, Onychogryposis oder Hypertrophia aut Curvatura unguium belegt man jene Form der Nagelerkrankung, bei der Dickenzunahme und Vergröfserung des Nagels demselben eine über die Norm gehende und die Form verändernde Umwandlung verleihen. (Die Bezeichnung Onychogryphosis ist etymologisch falsch.) Der Nagel wächst schon vom Nagelbett aus ungewöhnlich stark, sein Dickendurchmesser nimmt zu, und statt der flachen Entwicklung beobachtet man an dem Nagel eine steile Erhöhung. Die einzelnen Hornplatten erscheinen geschichtet, das ganze Gebilde wird opak, zeigt Sprünge und Bildung von blättrigen Lamellen. Die einzelnen Lamellen vereinigen sich, da sie dem schmäleren Nagelfalze anhaften, unter spitzem Winkel. Zwischen den Lamellen erscheinen braune, schmutzige Streifen, in denen sich leicht Bakterien ansiedeln. Je weiter ein derartiger Nagel in der Längsrichtung wächst, um so mehr biegt er sich palmar-plantarwärts. Er nimmt allmählich eine konische Form an und erscheint gewunden wie ein Widderhorn. Was die pathologische Anatomie anbetrifft, so entsprechen die oberen Lagen ziemlich normalen Zuständen, während in den tieferen Schichten die pathologischen Umwandlungen sitzen. Das Nagelbett ist in der Mitte erhöht, während die Seitenränder flach erscheinen. Die Papillen sind vergröfsert und von reichlichen Gefäfsschlingen durchsetzt. Es handelt sich also um einen entzündlichen Prozefs mit reichlicher Zellneubildung. Die pathologische Nagelhypertrophie ist nicht blofs durch Vermehrung normaler Nagelsubstanz zu erklären, sondern durch Erzeugung von frischen Gewebselementen. Im Jahre 1719 wurde ein Nagel der grofsen Zehe mit Onychogryposis in Paris gesehen, dessen Länge 11—12 cm betrug und dessen Lamellen wie Dachziegel übereinander lagen. — Unter den Ursachen der Nagelhypertrophie giebt es angeborene und erworbene. Erstere sind auf embryonale Alteration zurückzuführen. Bei den erworbenen sind teils Konstitutionsanomalien, teils andere pathogenetische Momente mafsgebend, wie gewisse Dermatonosen und Neurosen. Die lokalen Ursachen der Onychauxis sind fast nur Traumen. Die Onychomykosis wird meist in Verbindung mit parasitären Dermatosen der Haut und Kopfhaut beobachtet, doch auch ohne solche, wobei jedoch nur einzelne Nägel zu erkranken pflegen. Meist tritt sie mit Favus oder Herpes tonsurans auf, man kann sie dann bestimmt als Onychomykosis favosa oder tricho-

phytica definieren. Die Pilzanhäufung tritt nicht als massige Auflagerung über den ganzen Nagel auf, sondern an beschränkten Stellen, entweder am Nagelfalz oder den Seitenrändern, wo auch die Einwanderung der Parasiten erfolgt. Ohne anderweitige Hautaffektionen ist die Mykose des Nagels ohne mikroskopische Hülfe rein klinisch nicht mit Sicherheit festzustellen. Den Verdacht darauf lenken gewisse Erscheinungen, indem das Nagelwachstum leidet, der Nagel trübe, zerklüftet und brüchig wird, ähnlich jedoch wie bei anderen Nagelkrankheiten. Nur bei starkausgeprägter Pilzansammlung findet sich die von VIRCHOW angegebene gelbe oder bräunliche staubartige Masse unter dem Nagelbett, in dem dieser Forscher die Mycelien, Gonidienketten und Sporen des Achorion nachwies. Ist die Matrix selbst befallen, dann geht der Nagel zu Grunde ohne Reparation. Sitzt der Prozefs auf der Oberfläche, so ist von Desinficientien Heilung zu erwarten. *Hopf-Dresden.*

Über Spontangangrän, von JAC. MUNK. (*Wien. klin. Rundsch.* 1898. No. 20.) Die spontane Gangrän wird zum Teil auf Gefäfsveränderungen, zum Teil auf Nervenanomalien zurückgeführt. BILLROTH betonte zuerst die Möglichkeit der Entstehung einer Gangrän durch Gifte, durch Bakterientoxine. Auf diese Weise erklärt Verfasser den von ihm beobachteten Fall. Ein vierjähriges Kind bekam Masern und im Anschlufs eine katarrhalische Pneumonie. In der Rekonvalescenz, drei Wochen nach Beginn der Masernerkrankung, zeigt sich ein kleines, dunkelgefärbtes Bläschen auf dem Daumen der linken Hand, in der das Kind Schmerzen empfand. Die Hand wurde immer kälter, schwarz, die Finger mumifizierten; an Dorsum und Vola manus schwarzblaue Flecken. Temperatur normal. Appetit und Schlaf sehr gestört. Ulnar- und Radialpuls nicht zu fühlen. Unter täglicher Massage mit 10%iger Ichthyolsalbe und antiseptischem Verband trat allmählich Demarkation ein und schliefslich Heilung unter Verlust der Finger. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Infektiöse multiple Hautgangrän, von HARTZELL. (*Amer. Journ. of Med. Sciences.* Juli 1898.) Die 46jährige blasse und abgemagerte Frau war seit 3 Jahren an Hautgeschwüren erkrankt, die alle paar Tage an Armen und Beinen auftraten, als kleine blafsrote Papeln oder schlaffe Blasen beginnend; deren Decke verwandelte sich dann rasch in eine schwarze gangränöse Masse, die nach ihrer Abstofsung ein tiefes schmerzhaftes Geschwür hinterliefs. Die Erkrankung begann damit, dafs Patientin sich ein längere Zeit gebrauchtes Fleischmesser unter den Nagel des dritten Fingers der rechten Hand stiefs; diese Verletzung gab Veranlassung zu dem ersten Geschwür und dann breitete sich die Erkrankung rasch aus. Zur mikroskopischen Untersuchung gleich nach ihrem Auftreten excidierte Stücke zeigten aufser Staphylococcus pyogenes aureus einen dem Tuberkelbacillus ähnlichen Bacillus in grofser Zahl. Therapeutisch: Man wandte Sublimatwaschungen und subcutane Injektionen von Kaliumpermanganat an, doch verliefs die Frau das Hospital, ehe ein deutlicher Erfolg zu erkennen war. Die Stellen, an denen gangränöse Papeln oder Blasen excidiert waren, heilten rasch, wenn vollkommen im Gesunden operiert war; andernfalls bildeten sich auch an den Excisionsstellen grofse Geschwüre. *F. Hahn-Bremen.*

Über Sklerodermia diffusa, von MOSLER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 28.) Bei einer 48jährigen Arbeiterwitwe begann seit Frühjahr 1897 allmählich die Haut des linken Handrückens, Vorder-, Oberarms, dann der Brust, der rechten Hand, des rechten Vorder- und Oberarms, sowie des Rückens hart und steif zu werden unter Schmerzen und Gefühl von Taubsein. An einzelnen Stellen zeigte sich Abschuppung, an anderen, besonders an den Unterarmen, bräunlich-rote Färbung; auf der Brust sind zahlreiche verzweigte Gefäfsstämmchen zu erkennen. Auch fehlt nicht das gespannte,

straffe und glänzende Aussehen der erkrankten Hautstellen, sowie herabgesetzte Empfindlichkeit für Berührung. Nates, Hinter- und Aufsenseite der Oberschenkel zeigen die ersten Anfänge der Erkrankung (eigentümliche rotbläuliche Verfärbung der Haut). Alle inneren Organe normal. Die Menses beginnen zu pausieren. — Verfasser glaubt nicht an das Stadium oedematosum der Sklerodermie, hält das Ödem für eine Prodromalerscheinung, das Leiden selbst für ein nervöses, wofür auch in diesem Falle neben der blauroten Verfärbung eine hellbraune Pigmentation der Brust und des Bauches spricht. (Vasomotorische Neurose mit konsekutiver Dilatation der Gefäfse und Auswanderung roter Blutkörperchen.) — Therapeutisch empfiehlt er Leberthran mit Natron salicyl. (Heilung in einem Falle), auch äufserlich und innerlich das Ichthyol, da H. Schulz bei anämischen und vasomotorischen Neurosen die Wirkung des Schwefels rühmt. *I. Bloch-Berlin.*

Über Lupus erythematosus, von Hallopeau. (*La Sem. méd.* 1898. No. 18.) Im Gegensatz zu der in Deutschland herrschenden Ansicht, aber in Übereinstimmung mit den meisten französischen Dermatologen hält der Verfasser das Ulerythema centrifugum für eine Manifestation der Tuberkulose. Diese Annahme stützt er auf folgende Gründe: 1. Die Tuberkulose ist oft in solchen Familien erblich, deren Mitglieder an Lup. eryth. leiden; 2. zugleich mit Lup. eryth. finden sich oft Veränderungen tuberkulöser Natur oder tuberkulösen Ursprungs, z. B. tuberkulöse Drüsenerkrankungen; 3. Kranke, die an Lup. eryth. leiden, sterben öfter an Lungentuberkulose als Kranke mit Lupus vulgaris; 4. man findet nicht selten Lupus vulgaris neben Lup. eryth.; 5. Tuberkulin ruft zwar nicht regelmäfsig, aber manchmal bei Kranken mit Lup. eryth. sowohl lokale wie allgemeine Reaktion hervor; 6. in den Efflorescenzen des Lup. eryth. wurden mehrmals ausgesprochen tuberkulöse Veränderungen konstatiert; 7. die klinische Ähnlichkeit zwischen Lup. eryth. und Lupus vulgaris kann aufserordentlich frappant sein. — Wirklich beweisend ist wohl keiner dieser Punkte; das Zusammentreffen von Lupus erythematosus mit Tuberkulose, das keineswegs Regel, eher Ausnahme ist, beweist durchaus nicht die tuberkulöse Natur des Lup. eryth., zumal da der Kochsche Bacillus in den Herden des Lup. eryth. nicht zu finden ist, und Impfversuche stets negative Resultate ergeben. Gegenüber diesen letzteren beiden Einwänden stellt der Verfasser die doch allzu gewagte und gekünstelte Hypothese auf, dafs es sich beim Lupus erythematosus um eine Elementarform der Tuberkulose handle, die von der durch den Kochschen Bacillus erzeugten verschieden sei; auch die bei dieser Form von Tuberkulose erzeugten Toxine seien von den Toxinen des Kochschen Bacillus verschieden, daher die Differenzen in der Reaktion des Gewebes und die histologischen Eigentümlichkeiten. Die Mikrobien dieser Form der Tuberkulose harren noch des Entdeckers. — Der Verfasser beschreibt das Krankheitsbild nach allen Richtungen hin in sehr eingehender, klarer und anschaulicher Weise. Die Prognose hält er gemäfs seinen Ansichten über die Ätiologie stets für ernst. Er glaubt sogar, dafs die Affektion nur deshalb so selten bei Greisen getroffen wird, weil die Leute, die von der Krankheit ergriffen werden, früh sterben. Am häufigsten unterliegen sie einer Lungentuberkulose. — Die Aufgabe der Therapie ist es nach Ansicht des Verfassers, den Infektionsstoff zu zerstören und die Haut so zu beeinflussen, dafs die weitere Entwickelung dieses Infektionsstoffes unmöglich wird. Empfohlen werden für die akuten Formen besonders Sublimatverbände. Für die chronischen Formen empfiehlt der Verfasser aufser den auch bei uns üblichen Mitteln einen Versuch mit örtlicher Applikation von verdünntem Liquor Fowleri (1 : 6 Wasser und etwas Chloroform); eine nach 4—6 Tagen sich zeigende Reizung der Haut wird durch indifferente Salben beseitigt, dann wird wieder Arsenik appliziert bis zur Heilung. Der Verfasser hat auch

mehrere hartnäckige alte Fälle von Lupus erythematosus nach einem interkurrenten Erysipel vollständig heilen sehen. Er würde sich daher in Fällen, in denen alle anderen Mittel versagen, nicht scheuen, die Einimpfung eines Erysipels vorzuschlagen.

Götz-München.

Verschiedenes.

Einige Mitteilungen aus der dermatologischen Praxis, von Bloch. (*Allg. med. Centralztg.* 1898, No. 99.)

1, **Captol.** Der Verfasser hat bei Seborrhoe des Kopfes (Alopecia pityrodes) mit der Captolbehandlung sehr gute und rasche Resultate erzielt. Verwendet wurde der Eichhoffsche Spiritus Captoli compositus (Captol, Chloralhydrat, Acid. tartar. aa 1,0, Ol. Ricin. 0,5; Extr. flor. q. s.; Spirit. vin. (65%ig) 100,0). Eine kleine Menge dieses Haarwassers wird täglich 1—2mal mit der hohlen Hand auf der Kopfhaut verrieben, bis diese trocken ist. Aufserdem wird der Kopf einmal wöchentlich mit einer Schwefelseife gewaschen. Als Prophylaktikum wird von Eichhoff folgendes Haarwasser empfohlen: Captol., Acid. tartar., Resorcin. aa 1,0; Acid. salicyl, 0,7; Ol. Ricin. 0,5; Extr. flor. q. s.; Spirit. vin. (65%ig) 100,0. — Bei sehr starker und alter Seborrhoe ist eine 1—2%ige Captolpomade brauchbar.

2. Zur Behandlung der **Verruca vulgaris.** Der Verfasser empfiehlt die von Hyde in den *Dermatologischen Monatsheften* (Band I, S. 319) gegebene Vorschrift: Extr. Canab. ind. 0,6; Acid. salicyl. 1,2; Collod. 32,0. MDS. Einmal täglich auf die Warzen zu pinseln.

3. **Jodeinreibung bei Bubonen.** Der Verfasser empfiehlt gegen Bubonen 2—3mal tägl. energische Einreibung von Jod-Jodkaliumsalbe oder 6%igem Jodvasogen, aufserdem innerlich Jodkalium und jeden dritten Tag Karlsbader Salz. Diese Therapie verhütet die Eiterung, befördert die Resorption und bringt in seltenen Fällen bereits beginnende Eiterung zur Resorption.

4. **Die Häufigkeit einfacher Genitalgeschwüre.** Der Verfasser weist auf die relative Häufigkeit einfacher, durch gewöhnliche pyogene Mikroorganismen verursachter geschwüriger Prozesse an den Genitalien (Ulcus simplex) hin, die klinisch den weichen Schankern gleichen, meist aber klein sind, keine Neigung zur Vergröfserung haben und unter Anwendung indifferenter Streupulver auffallend schnell heilen.

Götz-München.

Ein neues Instrument zur Prüfung verschiedener Empfindungsqualitäten der Haut, von Aly. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1899. No. 3.) Verfasser hat im Medizinischen Warenhaus ein kleines Instrument von Bleistiftgröfse herstellen lassen, welches ermöglicht, Empfindung, Drucksinn, Schmerz zu prüfen; es enthält zu diesem Zwecke Pinsel, Nadelknopf und Nadelspitze; die Spitze kann durch eine Spiralfeder mit verschiedener Kraft (von 25—125 g) gegen die Haut gedrückt werden.

F. Hahn-Bremen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. № 7. 1. April 1899.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Impetigo vulgaris.

Von

Dr. P. G. Unna und Frau Dr. med. et phil. Schwenter-Trachsler.

(Fortsetzung. Hierzu Tafel II.)

Bakteriologie der Impetigo vulgaris.

1. Untersuchung der Impetigo vulgaris-Krusten.

Einen wesentlichen Teil des Studiums der Impetigokokken bildet ihre genaue Untersuchung an ihrem natürlichen Fundorte innerhalb der für die Krankheit so charakteristischen Krusten. Sie bildet geradezu die Grundlage unserer Kenntnisse dieser Organismen und eine vortreffliche Richtschnur, sowie in Bezug auf die Züchtungsergebnisse Zweifel auftreten, was leider oft genug der Fall ist. Denn der von uns durch Züchtung auf künstlichen Nährböden gewonnene und für die Entstehung der Impetigo vulgaris verantwortlich zu machende Organismus muſs auf das genaueste in Form, Lagerungsverhältnissen und Farbenreaktion mit den Organismen der Kruste übereinstimmen. Sollte er in irgend einer dieser Beziehungen erheblich von jenen abweichen, so ist allein damit schon seine Bedeutung als Erreger der Impetigo vulgaris ernstlich in Frage gestellt, wenn auch noch so viele Gründe anderer Art seine ätiologische Bedeutung wahrscheinlich machen sollten. Denn diese Gründe können alle bis auf einen durch Thatsachen repräsentiert werden, die — besonders an der äuſseren Hautdecke — einer anderen Deutung fähig sind, so eine beobachtete Konstanz des betreffenden Organismus und seine Abwesenheit bei anderen Erkrankungen. Nur die Erzeugung der Krankheit beim Menschen in typischer Form mittelst Einimpfung desselben und die Wiedergewinnung des gleichen Organismus aus den Efflorescenzen der artifiziell erzeugten Hautkrankheit würden seine ätiologische Bedeutung in völlig einwandsfreier Weise begründen, vorausgesetzt, daſs die artifizielle Hautkrankheit mit der spontan entstan-

denen wirklich alle wesentlichen klinischen Eigenschaften teilt. Diese Prävalenz des gelungenen Impfexperimentes über die sonst so wesentlichen Eigenschaften der Konstanz und Beschränkung auf eine spezielle klinische Form der Erkrankung ist bei den Hautkrankheiten bedingt durch die unendlich reiche saprophytische Flora gerade der Epidermis und ihrer Anhangsgebilde im Vergleich mit den wenigen Saprophyten innerer Organe (den Darm ausgenommen).

Aber das allein völlig ausschlaggebende Impfexperiment am Menschen ist nicht jederzeit in gröfserem Umfange zu wiederholen. Deshalb ist in zweiter Linie bei Aufstellung einer bestimmten Ätiologie der Impetigo vulgaris, wie übrigens aller epidermoidalen Infektionskrankheiten, vor allem andern die genaueste Übereinstimmung des Organismus in den zur artifiziellen Erzeugung der Krankheit dienenden Kulturen mit den in den Efflorescenzen der Impetigo vulgaris in typischer Anordnung, allein und konstant sich findenden Organismen als conditio sine qua non zu fordern. Da nun nicht in jedem Falle, wie von uns im vorigen Kapitel, die Efflorescenz als Ganzes zu gewinnen und mit dem Kulturergebnis zu vergleichen ist, so fragt es sich zunächst, ob die uns stets in überreicher Anzahl zu Gebote stehenden Krusten der Impetigo vulgaris, welche ja dieselben Kokken enthalten, nicht ebenfalls ein vertrauenswertes Material für das Studium der Kokken abgeben oder ob die äufsere, exponierte Lage derselben sie zu einem derartigen Tummelplatz von wertlosen Saprophyten macht, dafs darunter die wahren Erreger der Impetigo vulgaris für uns undeutlich werden.

Eine hinlänglich grofse Anzahl von Untersuchungen, die sich fortlaufend über vier Jahre erstreckten, hat uns gelehrt, dafs unter Einhaltung gewisser Kautelen in der That die Krusten ein sehr brauchbares Material für das Studium der Impetigo vulgaris-Kokken abgeben. Diese Kautelen beziehen sich: a) auf die Reinlichkeit der Individuen, b) das Alter der Krusten, c) auf die topographische Lage, d) auf das typische Aussehen derselben.

Will man sicher gehen, dafs man in den Schnitten der Kruste nur eine bestimmte Art von Organismen oder wenigstens dieselben so vorwiegend antrifft, dafs die spärlichen Verunreinigungen das Gesamtbild nicht zu trüben im stande sind, so mufs man dieselben zunächst nur reinlich gehaltenen Kindern entnehmen. Im allgemeinen sind es also ältere Kinder, die von ihren Eltern schon zu selbständiger Reinlichkeit angehalten worden, sodann ältere Geschwister von Impetigokindern, welche sporadische Efflorescenzen tragen, und endlich reinlich gehaltene und daher oft gebadete Säuglinge, welche das brauchbare Material abgeben. Kinder dagegen, zwischen 4—8 Jahren, von Schmutz starrend und von

unsauberen Eltern begleitet, wie sie massenhaft die Polikliniken aufsuchen, möge man von diesen Untersuchungen ausschliefsen.

Weiter hat man sich zu vergegenwärtigen, dafs das Wachstum der Impetigo vulgaris-Kokken in jeder Kruste eine zeitlich bestimmte Kurve innehält und dafs ihre Anzahl und Ausbreitung ganz von dem Zeitpunkt abhängen, in welchem sie zur Untersuchung gelangen. Ein eben nach Abhebung der Kruste austretender frischer Serumtropfen enthält so wenige Kokken, dafs man dieselben nur durch das Kulturverfahren, nicht auf Schnitten nachweisen kann, es sei denn, dafs man sich der undankbaren Aufgabe unterzieht, Schnittserien zu durchmustern. Aber der gerinnende, eine noch feuchte Kruste bildende Tropfen giebt den denkbar besten Nährboden für die wenigen Kokken ab, welche daher am 2. bis 4. Tage die Kruste üppig durchwuchern, während von aufsen sich nur an den Rändern vereinzelte Saprophyten einfinden. Nimmt man am Ende dieser Periode, d. h. also am 4. oder 5. Tage die Kruste ab, so liefert sie, wenigstens im Innern, ein stets einheitliches und in den Hauptzügen identisches Bild. Von nun an trocknet sie ein und verschlechtert sich damit als Nährboden. Die Ausbreitung der Kokken sistiert, die letzteren zeigen Altersveränderungen und von aufsen macht sich die Verunreinigung der Kruste mit Saprophyten stärker geltend. Doch kann man immerhin noch zwischen dem 6. und 8. Tage von reinlichen Individuen brauchbare Krusten gewinnen. Darüber hinaus wird das Resultat immer unsicherer. Künstlich lassen sich ausgezeichnet gute Krusten auf zwei Weisen gewinnen, die das Gemeinsame haben, dafs man das Wachstum der Impetigo vulgaris-Kokken befördert und gleichzeitig die weitere Verunreinigung ausschliefst. Entweder man hebt die möglichst frisch entstandene Kruste ab, bringt sie auf 5—10 Minuten (je nach der Dicke der Krusten) in absolutem Alkohol zur Sterilisation der Oberfläche und sodann auf Nähragar und untersucht sie ein oder zwei Tage später oder man bedeckt die ganze Kruste mit Zinkleim und Watte und hebt sie mit derselben nach 3 bis 8 Tagen zur Untersuchung ab.

Einen grofsen Einflufs auf die Verunreinigungen der Krusten hat der Sitz derselben. Je mehr dieselben mit den Sekreten der Schleimhaut der Augen, der Nase und des Mundes, mit einem eiterigen Ausflufs aus dem Gehörgang in Berührung kommen, desto mehr fremde Organismen siedeln sich auf ihnen an. Ebenso sind die Efflorescenzen der Hände und des behaarten Kopfes aus naheliegenden Gründen fast ausnahmslos stark verunreinigt. Die seltenen Efflorescenzen der Unterextremitäten und des Körpers kommen als atypische und diagnostisch weniger klare für diesen Zweck überhaupt nicht in Betracht. Man entnimmt hiernach am besten die Krusten von der Stirn- und Backengegend.

Endlich ist in jedem Falle das klinische Aussehen der zu bearbei-

tenden Kruste sorgfältig zu beachten. Je durchscheinender, bernsteingelber, reiner und härter dieselbe aussieht, d. h. je mehr sie nach dem makroskopischen Aussehen aus reinem Serum besteht, um so geeigneter ist sie. Schmutzig braune, undurchscheinende, bröcklige sind verdächtig und weniger geeignet; ganz zu verwerfen sind die grünlichen, partiell erweichten, denn hier findet man mit Sicherheit sekundäre Einwanderung, sowohl von Saprophyten wie von Eitererregern (Staphylokokken, Streptokokken, Bacillen) in gröſserem Maſsstabe.

Will man mithin den Impetigococcus in annähernden Reinkulturen in den Krusten treffen, so wähle man zur Untersuchung: schön durchscheinend gelbe oder gelbbraune, homogene, hartgeronnene, möglichst 4—5 Tage alte, trockene, isoliert auf der Stirn oder Backe befindliche Krusten von reinlich gehaltenen älteren Kindern oder Säuglingen oder präpariere sich dieselben unter dem Zinkleim-Schutzverband oder auf Nähragar in der angegebenen Weise.

Die so erhaltenen Krusten werden in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, geschnitten und auf bekannte Weise[4] auf Organismen gefärbt.

Einen ungefähren Anhalt, wie viele mit annähernd reinen Kulturen behaftete Krusten man in der Poliklinik für eine arme und ziemlich unsaubere Bevölkerung zu erwarten hat, giebt das im Jahre 1895 von uns in Hamburg erhaltene Resultat. Von 60 ohne Auswahl nacheinander untersuchten Fällen von Impetigo vulgaris waren bestimmte, unter obigen Kautelen entnommene Krusten von 35 Fällen rein und ergaben mikroskopisch typische Bilder.

Die folgende Beschreibung des Verhaltens der normalen Impetigo vulgaris-Kruste geschieht nach zahlreichen Schnitten dieser 35 ausgesuchten Fälle. Das zunächst Auffallende in jeder Impetigokruste ist ihre Zusammensetzung aus geronnenem Serum, also einem vergleichsweise homogenen Material; dasselbe enthält bei geeigneter Färbung, speziell nach Jodierung von mit Gentianaviolett gefärbten Schnitten einzelne Streifen fädigen und körnigen Fibrins eingesprengt, doch nicht in reichlichem Maſse. Ganz fehlen an Impetigo vulgaris-Krusten die Einsprengungen von Hornschicht[5], wie sie die Krusten des Ekzems und der Impetigo circinata charakterisieren und jene leukocytären Herde und Schwärme, wie sie in Krusten vorkommen, welche bei einfachen, durch chemische Reize erzeugten Dermatitiden und bei Vor-

---

[4] Vgl. Unna, Über die Verwendung von Anilinmischungen zur tinktoriellen Isolierung von Gewebselementen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXI, pag. 274 bis 275. 1895.

[5] Hier sehen wir ab von der zuerst an Ort und Stelle sich bildenden Kruste, welche zwar auch nicht überall, aber doch an der Oberfläche eine feine Hornschicht als Decke trägt. Dieselbe fehlt allen späteren Krustenbildungen an derselben Stelle.

handensein eitererregender Organismen sich bilden. Die serösen Krusten der Impetigo vulgaris enthalten nur so viele, richtiger gesagt so wenige Leukocyten, als sie dem Serum der menschlichen Haut normalerweise zukommen. Auf diesen Grundunterschied des Mittels, in welchem die Impetigo vulgaris-Kokken der Krusten sich aufhalten, kann gar nicht genug Wert gelegt werden. Denn so ähnlich in vielen Beziehungen sich diese Kokken dem Staphylococcus pyogenes albus et aureus gegenüber verhalten, so klar und entscheidend spricht das Vorkommen „staphylokokkenähnlicher" Herde in Krusten für die Anwesenheit der Impetigo vulgaris-Kokken, sowie diese Herde frei im klaren Serum liegen ohne Leukocytenschwärme um sich herum angelockt zu haben. Dabei genügt für gewöhnlich ein Blick in das Mikroskop, um in den Krustenschnitten die Anwesenheit des Impetigo vulgaris-Coccus festzustellen, ehe noch die Bestimmung seiner elementaren Form und sonstigen Umstände an diese Diagnose denken läßt.

Ein weiterer Zug im mikroskopischen Bilde ist das gefelderte Aussehen des Krustenschnittes. Offenbar ergießt sich nur selten ein einheitlicher Serumtropfen, der als Ganzes zur Kruste erstarrt. Vielmehr sickert das Serum in Schüben aus, die sich neben- und übereinander lagern und sich vermöge der Färbung häufig -- teils durch ihr verschiedenes Alter, teils durch verschiedenes Gerinnungsvermögen — noch ganz gut unterscheiden lassen. Das Wachstum der Impetigokokken findet nun teils von einzelnen Exemplaren ausgehend im Innern dieser Felder statt, führt dann zu den am meisten charakteristischen Gruppenformen, da die Entfaltung nach allen Seiten hin frei stattfinden kann, teils hält es sich an die in der eintrocknenden Kruste auftretenden Spalten, umgiebt dann auf den Durchschnitten in großen Schwärmen die einzelnen Felder und bildet somit weniger charakteristische Flächenkulturen, die sich den gegebenen Spalträumen anschließen und dieselben in gleichmäßiger Weise erfüllen. Auch innerhalb der fertigen Krusten kommen solche Ausfüllungen vorhandener Hohlräume ohne charakteristische Lagerung der Kokken vor und zwar dann, wenn bei der Gerinnung sich nicht gerinnende Serumtropfen ausscheiden, die in die Kruste eingeschlossen werden. Diese scharf abgesetzten, kugelrunden Lücken füllen sich gerne mit Kokken und stellen dann einfache, große Kokkenkugeln dar, ohne die charakteristischen Merkmale der isolierten Haufen von Impetigokokken.

Was nun diese letzteren anbetrifft, so hat man, wie gesagt, in einzelnen, besonders homogen und klar geronnenen Feldern der Kruste hinlängliche Gelegenheit, alle Phasen des Wachstums zu erkennen. Aus einem Einzelcoccus wird zunächst ein Diplococcus von im allgemeinen etwas gestreckter Form, der weiterhin zu einer kurzen Kette von 4 bis 6 Gliedern auswächst. Das Charakteristische ist nun, daß hiermit das

Wachstum in einer Richtung beendet ist. Die weiter auswachsende Kette zerbricht mit absoluter Regelmäfsigkeit, sowie mehr als 6 oder höchstens 8 Glieder gezeitigt sind. Auch können diese kleinen Ketten sich durchaus nicht nach Art der Streptokokkenketten am Ende umbiegen und in der gebogenen Form, als Schleife oder Öse, weiter wachsen. Ein solches Wachstum, welches allerdings die Impetigo vulgaris-Kokken den Streptokokken sehr annähern würde, kommt niemals vor. Wo man neben Impetigo vulgaris-Kokken derartige geschwungene, zurückgebogene, schleifenähnliche Kokkenketten findet, handelt es sich regelmäfsig um eine Komplikation mit richtigen Streptokokken. Durch das Auseinanderfallen der Impetigo vulgaris-Kokken nach Bildung einer kurzen Kette kommt häufig ein derartiges Bild zu stande, dafs ein Serumfeld der Kruste ganz durchsetzt von solchen kurzen Ketten ist, deren Richtungen sich in allen denkbaren Winkeln kreuzen.

Die zweite charakteristische Gruppenform ist ein kleiner Kokkenhaufen von 20—30 Einzelkokken, der an seiner Oberfläche in verschiedenen Richtungen gespreizt und steif abstehende Ausläufer von 2—4 Gliedern aufweist. Es sind dieses eben kurze aus dem Haufen hervorstehende Ketten. Diese Art des Auswachsens, welche den Haufen der Morokokken des Ekzems ebenso fremd ist, wie den in Eiter eingeschlossenen Träubchen des Staphylococcus pyogenes aureus, giebt dem Impetigo vulgaris-Kokkenhaufen ein charakteristisch sparriges, steifes und dabei unregelmäfsiges Aussehen. Wenn Ogston mit Recht die Haufen der eitererregenden Staphylokokken mit Trauben verglichen hat, wenn die dicken, eckigen, in sich geschlossenen Haufen der Morokokken Maulbeeren ähnlich sind, so würde bei den Haufen der Impetigo vulgaris-Kokken der Vergleich mit einer Hand mit gespreizten Fingern häufig angebracht erscheinen.

Aus diesen elementaren Formen entstehen durch Konfluenz netzartig sich verbindende Züge, welche dichter und dichter das Serum durchsetzen, bis sie allmählich unmerklich in die Form diffuser Kokkenschwärme übergehen, an welchen meistens eine abwechselnd dichtere und dünnere, streifige Beschaffenheit auf das Vorhandensein vieler natürlicher Spalten und Risse in der Serumkruste hinweist.

Betrachten wir nun die einzelnen Kokken näher, so ist ein hervorstechendes Merkmal derselben eine gewisse Unregelmäfsigkeit, sowohl was ihre Gröfse wie ihre Form anbelangt. Durchschnittlich messen dieselben an Orten, wo sie in flächenhafter, rascher Entwickelung ein relativ gleichmäfsig grofses Korn aufweisen, ca. 7 μ im Durchmesser. An solchen Orten sind sie auch fast rund. Wo sie dagegen als Diplokokken, in Ketten und in kleinen Haufen isoliert in einem an Masse überwiegenden Nährboden liegen, ist ihre Form unregelmäfsiger, meistens länglich, mit

einem Längsdurchmesser von 0,8—1,0 μ. Dabei tritt die Neigung benachbarter Kokken hervor, sich mit ihren Längsdurchmessern winklig zu einander zu stellen, und hierin liegt ein zweiter Faktor, welcher die unregelmäſsigen, kurzen Ketten der Impetigo vulgaris-Kokken auf den ersten Blick von den ziemlich regelmäſsigen, perlschnurförmigen, echten Streptokokkenketten unterscheiden läſst. Die Querteilung der Impetigo vulgaris-Kokken ist natürlich ein wesentlicher Grund der verschiedenen Gröſse- und Formverhältnisse; die im Beginn der Teilung stehenden Kokken sind länglich ausgezogen und wo die Teilung langsam vor sich geht, bleibt diese Form länger bestehen und giebt als überwiegende dem ganzen Herde das Gepräge. Aber dieselbe ist nicht der einzige Grund; die Ernährung und das Alter spielen dabei auch eine wesentliche Rolle. Man bemerkt die Wichtigkeit einer profusen Ernährungsflüssigkeit am besten durch Vergleichung von Schnitten solcher Krusten, die man zur Hälfte schneidet, wie sie dem Patienten entnommen sind, zur Hälfte, nachdem sie ein bis zwei Tage auf Nähragar gelegen haben. Die letzteren zeigen die übrigens gleichen Kokken gröſser und gleichmäſsiger rund oder mit anderen Worten stärker wachsend und rascher sich teilend. Ähnliche Verschiedenheiten bemerkt man beim Vergleiche von Impetigo vulgaris-Kokken, die innerhalb der Serumfelder gelagert sind mit solchen, die an feuchten Orten sich entwickeln, z. B. in Spalten oder in Serumbläschen der Kruste.

Verschiedenheiten anderer Art bringen ungünstige Ernährungsverhältnisse verbunden mit Raumbeschränkung an den Kokken hervor. Dieselben lassen sich am besten an mit alkalischer Methylenblaulösung gefärbten und mit Jod gebeizten Schnitten studieren. An älteren, trocken gewordenen Krusten hat man vielfach Gelegenheit, gröſsere Haufen von Kokken zu durchmustern, die durch Beschränkung ihres Wachstums nach auſsen sich zu kompakten Drusen entwickelt haben, in denen die Kokken dicht gedrängt liegen und in ihrer Teilung sich offenbar gegenseitig beschränkt haben. Hier entstehen dann viel gröſsere Kokken, Riesenkokken von 1,5—2,0 μ Durchmesser, die sich im Stadium der Klebeteilung[6] befinden und als Doppelkokken, Viererkokken und Achterkokken aufzufassen sind. Die Methylenblau-Jodfärbung enthüllt öfters durch Aufdeckung der Teilungsebenen in denselben ihren wahren Charakter als Kokkenkolonien, in denen die Teilung der Hülle mit der des Protoplasmas nicht gleichen Schritt gehalten hat. Diese Doppel- und Viererkokken sind aber nicht länglich, sondern rund; eine gemeinsame Hülle umspannt die aufeinander gepreſsten Teilstücke und die gegenseitige Lage

---

[6] Das Wort: Klebeteilung gebraucht Unna für diesen Zustand einer verzögerten Trennung der in ihrem Protoplasma schon geteilten Kokken.

der Teilkokken entspricht daher auch nicht der gewöhnlichen von länglichen Diplokokken, sondern der von Gonokokken. Diese — übrigens durchaus nicht häufigen — Drusen mit ihren Riesenkokken haben dann eine gewisse Ähnlichkeit mit den Drusen der Ekzemkokken, können aber stets durch die vorhandenen Übergänge als Impetigo vulgaris-Kokken erkannt werden.

Noch eigentümlichere Veränderungen der Form und Farbenreaktion bedingt das Alter und Absterben der Kolonien. Während junge Kokken sich in toto mit basischen Anilinfarbstoffen beladen und dieselben gegenüber Entfärbungsmitteln festhalten, zeigt sich, besonders gut bei der erwähnten Methylenblau-Jodfärbung, an den älteren Kokken eine immer gröfsere Neigung, das Methylenblau derart abzugeben, dafs nur ein äufserer Bezirk der Kokken gefärbt bleibt. Der tingible Rest des Protoplasma lagert sich der Wandschicht an und bildet in dem Innnenraume Ringe, Halbringe, Halbmonde, ja Segmente, die nur $^1/_3$—$^1/_4$ der Kokkenperipherie einnehmen. In Teilung begriffene Kokken zeigen oft zwei kleine, tingierte Segmente an gegenüberliegenden Polen und die Vierer- und Achterkokken enthalten bei dieser Veränderung einzelne gefärbte Segmente von auffallender Gröfse. Da die Kokkenkonturen meistens zart gefärbt und rund erhalten bleiben, so machen alle diese Kokken den Eindruck von partiell gefärbten Hohlkokken; ein ganzer derartig veränderter Herd besteht gewöhnlich aus vielen ganz entfärbten Kokken mit dazwischen eingesprengten, partiell gefärbten Hohlkokken. Mit zunehmendem Alter werden in demselben immer mehr Kokken ganz unfärbbar und die tingiblen Reste der übrigen ziehen sich auf immer kleinere Segmente, Linien und Punkte zurück, die allerdings dann schon durch den Kontrast stark gefärbt hervortreten und wahrscheinlich den letzten Lebensrest der Kolonie in sich bewahren. Sie lassen auch noch das Vorhandensein von alten, ganz abgestorbenen Kokkenkolonien mit Sicherheit erkennen. Man sieht dann innerhalb von gar nicht oder ganz schwach und diffus gefärbten, undeutlichen, wolkigen Massen stark tingierte Punkte und Strichelchen unregelmäfsig verteilt, Gebilde, welche ohne die besprochene Entstehungsgeschichte ganz unerklärbar sein würden. Dieselbe Art der Altersveränderung ist endlich wohl auch die Ursache der unregelmäfsigen Form aller älteren Kokken in eingetrockneten Krusten, die Neigung haben werden, sich um ihre Segmente, stab- und punktförmige Protoplasmareste zusammenzuziehen.

Alle die besprochenen Formveränderungen der Kokken fallen noch vollständig in den Rahmen der normalen, physiologischen Entwickelung und sind nebeneinander in nicht verunreinigten Impetigo vulgaris-Krusten jederzeit zu studieren. Nur in ganz vereinzelten Fällen zeigte sich ein abweichendes Verhalten der Kokken, so selten, dafs wir geneigt sind, in diesen Fällen eine Mischinfektion oder eine Verunreinigung oder selbst

einen Fehler in der Diagnose anzunehmen, indem eine andere, noch weniger bekannte Impetigoform die Impetigo vulgaris vortäuschte. Als solche können wir aus der oben erwähnten Serie von 60 Impetigo vulgaris-Fällen nur zwei nennen, den Fall Cohts, wo die Kokken zum Teil normal, zum Teil auffallend grofs und länglich, pflaumenförmig waren, und den Fall Masser, in welchem eigentümliche, grofse Herde von ungewöhnlicher Form vorkamen, nämlich ziemlich regelmäfsig aufsen gefärbt, innen wie hohl erscheinende, also von innen nach aufsen absterbende Kolonien. Die Seltenheit dieser Ausnahmen bestätigt nur die Regel, dafs Impetigo vulgaris-Krusten, die nicht geradezu in grober Weise verunreinigt sind, bakteriologisch ein sehr einheitliches Bild liefern.

Aber die übrigen 25 Fälle jener Serie zeigen in der That Verunreinigungen und auf diese müssen wir auch noch mit einigen Worten zu sprechen kommen. Die allerhäufigste Komplikation war an unserem Material diejenige mit Streptokokken von verschiedener Gröfse und Kettenlänge. Wir fanden sie in den 60 Fällen 9 mal; fast in allen Fällen handelte es sich um Krusten des Kopfes; doch zeigten auch andere, z. B. Gesichtskrusten, in solchen Fällen Streptokokken in ihrer Randzone, wenn auch weniger zahlreich. Stets liefsen sich die echten Streptokokken leicht von den Impetigo vulgaris-Kokken, auch wenn diese kurze Ketten in grofser Zahl gebildet hatten, unterscheiden. Um diese Unterschiede noch einmal übersichtlich zusammenzustellen, geben wir die folgende kleine Tabelle:

	Impetigo vulgaris-Kokken	Streptokokken
1. Länge der Ketten	Ketten stets nur kurz, 4- bis 6gliederig.	Ketten stets auch lang, zuweilen 50—100gliederig.
2. Richtung der Ketten	Ketten ganz gerade, höchstens leicht gebogen.	Ketten stets in runden Bogen geschwungen, oft mehrfach gebogen.
3. Schlingenbildung	Ketten bilden niemals Ösen und Schlingen.	Ketten bilden mit Vorliebe Ösen und Schlingen.
4. Form der Einzelkokken	Kokken unregelmäfsig und verschieden geformt.	Alle Kokken regelmäfsig rund wie in einer Perlschnur.
5. Richtung der Einzelkokken	Kokken mit den Längsdurchmessern oft verschieden gerichtet	Kokken alle gleich gerichtet.
6. Färbbarkeit der Einzelkokken	Inhalt der Kokken oft unregelmäfsig färbbar.	Inhalt der Kokken gleichmäfsig färbbar.
7. Haufenbildung	Haufen dicht, unregelmäfsig mit einzelnen kurzen, starren, wie abgebrochenen Ausläufern.	Haufen lose, aus einzelnen, als solche gut zu verfolgenden, gebogenen Ketten zusammengesetzt und in solche übergehend.

Die Thatsache, daſs die Impetigo vulgaris-Krusten am leichtesten sekundär von Streptokokken infiziert werden, ist nicht zu bestreiten. Sie erklärt zur Genüge den mehrfach begangenen Fehler der Autoren, eine oder die andere Streptokokkenart als Erreger der Impetigo vulgaris (resp. contagiosa) anzusehen. Sie selbst erklärt sich aber anderseits wohl einfach dadurch, daſs die Streptokokken ebenso wie die Impetigo vulgaris-Kokken und im Gegensatz zum Staphylococcus pyogenes aureus ausgezeichnet gut im Serum gedeihen; die serösen Krusten der Impetigo vulgaris bilden eben ihren besten Nährboden.

Viel seltener, ja, wenn wir die Angaben der Autoren betrachten und berücksichtigen, daſs von manchen Seiten die gewöhnlichen pyogenen Eiterkokken sogar als Erreger der Impetigo vulgaris angesehen wurden — erstaunlich selten ist das Vorkommen der letzteren in den Krusten. In unseren 60 Fällen ist sogar kein Fall vorhanden, in welchem auf Grund der Einbettung von Kokken in Traubenform in eine eiterähnliche Leukocytenzone die mikroskopische oder auf Grund von Züchtung stark die Gelatine verflüssigender Kokken die bakteriologische Diagnose auf Staphylococcus pyogenes albus et aureus sicher hätte gestellt werden können. Allerdings haben wir bei „Impetigo“-Kindern diese Kokken auch gefunden, aber dann war immer schon allein nach dem klinischen Anblick die sichere Diagnose auf eine staphylogene Impetigo mit ihren Konsequenzen der staphylogenen Follikulitis und des Furunkels vorher gemacht worden und es handelte sich entweder um eine reine Staphylokokkenerkrankung oder um eine zufällige, seltene Komplikation mit Impetigo vulgaris. Ein Irrtum unsererseits ist in dieser Hinsicht kaum möglich, da wir von Anfang an gerade auf die klinischen Symptome der Staphylokokkeneinwanderung, auf eine Vereiterung, auf Tiefenwachstum mit furunkulöser Entzündung u. s. w. fahndeten und uns ein solcher Fall schwerlich entgangen sein würde. Wir können demnach die allgemeine, geradezu populäre Anschauung, als wenn die Erreger der menschlichen Furunkulose auch bei der Impetigo vulgaris beteiligt und als wenn die von allen Untersuchern bakteriologisch gefundenen Kokken die echten eitererregenden Staphylokokken wären, nur dadurch erklären, daſs man die Impetigo vulgaris-Kokken mit diesen letzteren auf Grund ungenauer mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchung verwechselte. Der Grund, weshalb die so weit verbreiteten, pyoforen Staphylokokken so selten in die Impetigo vulgaris-Krusten verunreinigend eindringen, liegt wohl in demselben Umstande begründet, der diese Krusten gerade für Streptokokken zu einem so vorzüglichen Nährboden macht, nämlich in ihrer Zusammensetzung aus reinem Serum.

Die übrigen Verunreinigungen unserer Impetigokrusten verteilen sich (je 1—3 Fälle) auf einen Packetcoccus, den Flaschenbacillus, kleine und groſse Bacillen (Fäulnisbacillen) und Hefeformen. Alle diese Organismen

fanden sich nur in der Randzone der verunreinigten Krusten und waren bei dem überwiegenden und charakteristischen Vorkommen der Impetigo vulgaris-Kokken daneben leicht als zufällige Verunreinigungen zu erkennen.

Ehe wir uns nun zu der genauen bakteriologischen Beschreibung der aus den Impetigoefflorescenzen gezüchteten Kulturen wenden, wird es von Vorteil sein, auch hier eine Auslese vorzunehmen. Natürlich sind in den Kulturen, besonders in denjenigen, welche schon von verunreinigten Fällen herrührten, eine Menge von Organismen gewonnen worden, welche teils, weil sie schon anderweitig als Saprophyten, z. B. Fäulnisbacillen oder als Erreger anderer Krankheiten (Streptokokken) bekannt waren, teils weil sie den mikroskopisch bereits studierten Kokken der Krusten nicht glichen, teils endlich weil sie nur selten gefunden wurden, sofort als Erreger der Impetigo vulgaris ausgeschlossen werden konnten. Es wäre Zeit- und Papierverschwendung, die Kulturen derselben an dieser Stelle zu berücksichtigen. Wir vereinfachen uns und dem Leser die Aufgabe wesentlich, wenn wir gleich von vornherein nur diejenigen Organismen herausgreifen, welche jenen drei Bedenken nicht unterliegen, da sie 1. anderweitig noch nicht bekannt, 2. den mikroskopisch wesentlichen Organismen der Krusten sehr ähnlich sind und 3. in allen Fällen gefunden werden. Aber immerhin sind dieses noch zwei verschiedene Organismen, die sich übrigens der Hauptsache nach nur durch die makroskopische Farbe der Kulturen unterscheiden, nämlich: ein weifser und ein ockerfarbener Coccus. Häufig finden sich beide Kokken in demselben Falle vor, öfter aber nur einer von beiden allein; es ist uns aufgefallen, dafs in den Jahren 1894—1895 der ockerfarbene vorwog, während 1896—1898 der weifse der häufigere wurde, um in letzter Zeit wieder mehr dem ockerfarbenen Platz zu machen.

Dem genaueren kulturellen Detail dieser beiden Kokkenarten schicken wir aber, um uns in Betreff derselben lediglich auf diese beiden Organismen beschränken zu dürfen, ihre Legitimation voraus. Diese besteht in dem positiven Impfergebnisse bei Übertragung derselben auf den Menschen.

2. Künstliche Übertragungen von Impetigo vulgaris-Fällen.

I. B., 8 Jahre alter Knabe.

Anamnese. Die Affektion besteht nach Aussage der Mutter seit 3 Wochen; sie begann mit kleinen roten Punkten, auf denen später Bläschen mit klarem Inhalt sich entwickelten.

Ätiologie. Ansteckung durch Schulkinder, welche an einer ähnlichen Hautkrankheit litten.

Status praesens. Fast das ganze Gesicht ist mit einem Ausschlag bedeckt, der teils in Borkenscheiben, teils in einzeln stehenden

Bläschen mit klarem oder getrübtem Inhalt und teils in kleinen, roten Punkten besteht. Die Borkenscheiben variieren in der Gröſse von einem 10-Pfennigstück bis zu der eines Thalers. Sie sind unregelmäſsig begrenzt und von hellgelber, graugelber oder bräunlicher Farbe. Entfernt man eine Borke, so tritt sofort eine wasserhelle Flüssigkeit in Form von Tropfen heraus. Am stärksten befallen ist die Backen-, Oberlippen-, Kinngegend und das linke Ohr, wo die Efflorescenzen so dicht stehen, daſs dadurch das Ohr stark geschwollen erscheint und vom Kopfe absteht. Seit einigen Tagen soll eine ziemlich starke Otorrhoe bestehen. Das Jucken des Ausschlages ist gering. Das Allgemeinbefinden nicht gestört. Starke Schwellung der Submaxillardrüsen.

Diagnose: Impetigo vulgaris.

Aufnahme des Knaben in die Klinik am 20. November 1896.

21. XI. Von der Unterseite einer mit 1 % Sublimatlösung vorher gereinigten Borke wurden Kulturen auf Kochschem Nähragar angelegt (Temperatur des Brutapparates 32° C.). Schon am nächsten Tage war die Kultur mit einem feinen Belag bedeckt, der sich bei durchfallendem Lichte als aus sehr kleinen, hellockerfarbenen Kolonien bestehend erwies. Nach Verlauf von drei Tagen wurde von diesen Kulturen auf Gelatine eine Stichkultur angelegt, welche die Gelatine nur sehr wenig und äuſserst langsam verflüssigte.

30. XI. Excision eines frischen, spontan entstandenen Bläschens. Dasselbe wurde in Alkohol gehärtet und in Celloidin gebettet. Die Schnitte wurden nach verschiedenen Methoden, insbesondere mit polychromer Methylenblaulösung gefärbt und ergaben das typische Bild eines primären Impetigo vulgaris-Bläschens (s. *Histol. Atlas z. Pathol. d. Haut.* Heft III, Taf. XIII, Fig. 47).

Das Serum anderer Bläschen, sowie Teile der gut entwickelten Reinkultur wurden zu Übertragungen benutzt (s. Knabe R.).

Nach Abnahme der Krusten zu Untersuchungen wurde der Knabe in 10 Tagen mit Pasta Zinc. sulfurat. geheilt.

Die Agarstrichkulturen entwickelten sich im Verlaufe von 3—4 Tagen in folgender Weise: Aus dem feinen Belag entstanden Gruppen von gröſseren Kolonien, die alle dieselbe Farbe des gelben Ockers (hellste Nuance) hatten; sie waren glänzend und überragten die Oberfläche. Mikroskopisch zeigten die Kolonien sich als grobkörnige Gebilde mit scharfen Rändern. Auf Platten, neben anderen Impetigo vulgaris-Kulturen im Strich, behalten sie Farbe, Form und Entwickelungsdauer.

Übertragung einer frischen Kultur auf den vor einem Monat an Impetigo vulgaris erkrankten und inzwischen vollständig geheilten Knaben Wilhelm R.

II. Wilhelm R., 11 Jahre alt.

8. X. Patient kam wegen einer Impetigo vulgaris des Gesichtes, hauptsächlich der Kinngegend und des behaarten Kopfes in die Poliklinik.

Therapie. Abnahme der Borken, Waschungen mit starkem Seifenwasser, Anwendung von Pasta Zinc. sulfurat. Heilung in 8 Tagen.

12. XI. Aufnahme in die Klinik wegen einer Stomatitis, die mit Boraxlösung behandelt und in kurzer Zeit geheilt wurde. Zur Zeit vollständig impetigofrei.

30. XI. Linke Backe. Nach Reinigung der Haut mit Sublimatlösung und Seifenwasser Übertragung eines Tröpfchens Blaseninhalt von Fall I durch Verreibung mit einem Platinspatel.

Rechte Backe. Es wird ebenso verfahren mit einer Spur einer Reinkultur von Fall I.

1. XII. Auf beiden Übertragungsstellen kleine, kaum stecknadelkopfgroſse, lebhaft rot gefärbte Punkte, Haarfollikeln entsprechend. Rechts sind vier, links drei Punkte entstanden.

2. XII. Auf der linken Backe haben sich die roten Punkte zu pfefferkorngroſsen, roten, kreisrunden Flecken entwickelt, in deren Mitte Bläschen mit klarem Inhalte sichtbar sind.

3. XII. Links ist ein Bläschen, dessen Inhalt schon am Abend vorher getrübt war, in eine dünne, hellgelbe Borke verwandelt, die den roten Fleck vollständig bedeckt.

Rechts hat sich von den vier roten Punkten einer bis zu Erbsengröſse ausgebreitet, während das centrale Bläschen klein geblieben ist. Die andern Bläschen sind ohne Bildung von Borken eingetrocknet.

Von beiden Übertragungen sind Kulturen auf Koch-Agar und Gelatine angelegt.

4. XII. Rechts etwas tiefer als die erste Übertragung (ungefähr Mittelwangengegend) nach dem Ohre zu wird eine zweite Übertragung von dem Falle I von einer frischen Kultur des Falles I mittelst des Platinspatels vorgenommen.

5. XII. Auf der Übertragungsstelle sind sechs diskrete rote Punkte, Follikeln entsprechend, entstanden, verschieden groſs (stecknadelkopf- bis pfefferkorngroſs), welche die Oberfläche nicht überragen.

6. XII. Auf allen Flecken sind centrale Bläschen mit klarem Inhalt entstanden.

7. XII. Drei Bläschen bestehen noch, ohne sich vergröſsert zu haben, jedoch ist der Inhalt getrübt. Die drei anderen Bläschen sind nicht mehr sichtbar, da sie und die sie umgebenden roten Höfe von honiggelben Borken bedeckt sind.

8. XII. Von den drei am 7. XII. noch bestehenden Bläschen ist eines ohne Borkenbildung eingetrocknet, die beiden anderen sind geplatzt und das aussickernde Serum hat sich in Borken verwandelt. Drei von

den fünf Borken konfluieren und bilden eine über 10 Pfennigstück grofse polycyklisch umrandete scheibenförmige Kruste. In der Umgebung derselben sind kleine diskret stehende Bläschen entstanden. In diesem Zustande wurde die Abbildung Fig. 1 angefertigt, welchen einen guten Begriff von dem typischen Verhalten dieser durch Reinkultur des ockerfarbenen Coccus erhaltenen Efflorescenzen giebt.

Die Agarkulturen, welche aus den Bläschen bei der Übertragung gewonnen wurden, ergaben genau denselben Organismus in Reinkultur, welcher zu den Übertragungen gedient hatte: Kolonien von heller Ockerfarbe, glänzend, die Oberfläche überragend, die dichterstehenden auch konfluierend, ohne ihre Selbständigkeit als Einzelkolonien völlig zu verlieren. Auch in Gartenkulturen[7] neben Kokken aus den Kulturen B. gezüchtet, sind bei längerer Beobachtung keine Verschiedenheiten zwischen beiden zu erkennen.

Hiermit ist der Cyklus, der die ätiologische Bedeutung unseres ockerfarbenen Coccus für die Impetigo vulgaris beweist, völlig geschlossen.

Aus einem typischen Falle von Impetigo vulgaris wurden Reinkulturen eines Organismus gewonnen, welche auf einem von der Affektion freien, aber dazu disponierten Individuum die gleiche Affektion erzeugten, aus deren Produkten sich wieder derselbe Organismus züchten liefs.

Wir haben uns hiermit nicht begnügt, sondern sofort den Cyklus dadurch erneuert, dafs wir die Kultur von Fall II zu einer Übertragung auf Fall I benutzten.

12. XII. Übertragung der ockerfarbenen Kultur von Fall II auf eine von Impetigo vulgaris bisher verschonte Partie der Kinn- und Wangengegend rechts des Falles I. Es entstanden typische, rote Punkte und später typische Bläschen von Impetigo vulgaris. Die Borken waren nicht so massig, wie die von spontan entstandenen Efflorescenzen es gewöhnlich sind. Auch breiteten sich dieselben nicht weiter aus. — Heilung nach 8 Tagen.

Aus diesen Impetigoefflorescenzen und Borken wurden diverse Agar-Strich- und Gelatinestichkulturen angelegt, welche nur wieder Reinkulturen des ockerfarbenen Coccus ergaben.

Mit diesem Erfolge ist zum zweiten Male für den ockerfarbenen Coccus der beweisende Cyklus geschlossen.

III. Fall Sch.

Karl Sch., 7 Jahre alt, seit 14 Tagen hautkrank, vorher gesund. Soll von Nachbarskindern angesteckt sein. Der Ausschlag begann im Gesicht mit roten Punkten,

---

[7] Unter Gartenkulturen verstehen wir hier, wie beim Favus, der Trichophytie und den anderen Fadenpilzen, solche Kulturen, in denen strichweise, parallel nebeneinander die zu vergleichenden Organismen auf gröfseren Flächen des Nährbodens (Platten, grofse Tuben etc.) nebeneinander gezüchtet werden.

die sich zu Bläschen und Krusten entwickelten. Zur Zeit sind Stirn, beide Wangen, Oberlippen und Kinngegend von Bläschen und Krusten bedeckt. An der Schläfe und auf der Wange links sind lebhaft rote, abgeheilte Stellen zu bemerken, während an der Stirn frische Efflorescenzen sich finden. Kein Ekzem. Keine Pediculi. Starke submaxillare Drüsenschwellung. Allgemeinbefinden gut. Therapie: Seifenwaschungen und Pasta Zinc. sulfurat. Heilung nach 10 Tagen.

Aus den Efflorescenzen dieses typischen Falles von Impetigo vulgaris wurden zwei durch ihre Farbe verschiedene Kokkenarten gezüchtet, eine ockerfarbene und eine weifse. Bis auf die Farbe verhielten sich beide sehr ähnlich, nur verflüssigte der ockerfarbene die Gelatine — wenn auch sehr langsam — so doch immer noch rascher als der weifse. Um die Bedeutung des weifsen Coccus zu erproben, wurde eine Übertragung auf den Lebenden mit dessen Kulturen vorgenommen.

Fall IV. Frau Dr. Schwenter-Trachsler.

Die folgende Übertragung ist zugleich die erste von uns am Erwachsenen vorgenommene.

13. XII. 95, mittags 12 Uhr. Übertragung eines Partikelchens von einer frischen Kultur des Falles III, 2 cm oberhalb des Handgelenkes, Streckseite des linken Unterarmes.

Abends 9 Uhr: Brennen und leichtes Jucken an der Übertragungsstelle. Durch die Lupe sieht man vereinzelt stehende rote Punkte, von Stecknadelkopfgröfse, Haarfollikeln entsprechend.

14. XII. 95. Im Centrum der kleinen roten Punkte haben sich Bläschen mit klarem Inhalt gebildet.

15. XII. 95. Zwei Bläschen werden absichtlich zerkratzt; dabei zeigte sich, dafs keine tiefe Infiltration vorhanden ist. Auf der Wundfläche der zerkratzten Bläschen sammelt sich eine seröse, klare Flüssigkeit, die nach einiger Zeit zu einer kleinen, honiggelben Borke eintrocknet. Von der Unterseite der Bläschen wurden (nach gehöriger Reinigung der Oberfläche des Bläschens) zwei Kulturen auf Koch-Agar und zwei auf Gelatine als Stich angelegt.

16. XII. 95. Die angelegten Kulturen auf Koch-Agar zeigen kleine, punktförmige, weifse Kolonien, die an mehreren Stellen schon zusammengeflossen sind. An dem Gelatinestich ist bis jetzt keine Veränderung wahrzunehmen. Durch Autoinfektion sind zwei neue Bläschen in der Umgegend der ersten Bläschen entstanden.

17. XII. 95. Im ganzen sind jetzt sieben Bläschen entstanden. Das Jucken und Brennen ist verschwunden. In diesem Zeitpunkt wurde von dem geimpften Arme die Zeichnung angefertigt, welche in Fig. 2 chromolithographisch wiedergegeben ist.

20. XII. 95. In den Schnitten, die von einer in Alkohol gehärteten Borke gemacht und nach verschiedenen Methoden gefärbt wurden, konnten

keine Kokken nachgewiesen werden, weshalb der Versuch wiederholt wurde. Zu diesem Zwecke wurde das gröſste Bläschen zerkratzt. Nachdem der sich darauf bildende seröse Tropfen zur Borke eingetrocknet war, wurde der Unterarm mit den Efflorescenzen eingeleimt. Nach zwei Tagen wurde nach Abwaschen des Leimes die Borke entfernt, gehärtet, geschnitten, und nach verschiedenen Methoden gefärbt. Jetzt fanden sich typische, zahlreiche Impetigokokken in derselben.

Wie bei den übrigen Übertragungsversuchen zeigte sich auch bei diesem Falle eine geringere Neigung der Bläschen zur Ausbreitung, eine geringere Dicke der Borken und eine gröſsere Tendenz zur Heilung.

Aus den Bläschen sowohl wie von der Unterseite der Borken wurde derselbe weiſse Coccus wieder gewonnen, welcher zur Übertragung von Fall III auf Fall IV gedient hatte.

Mit dieser gelungenen Übertragung ist auch für den weiſsen Coccus der für die ätiologische Bedeutung beweisende Cyklus geschlossen und es steht daher fest, daſs als Ursache der Impetigo vulgaris wenigstens zwei in der Farbe verschiedene, sonst aber sehr ähnliche Kokken angesehen werden müssen.

Fall V. Paul M., 5 Jahre alt.

Anamnese: Nach Bericht der Mutter besteht die Affektion seit 20 Tagen. Sie selbst und 3 Töchter sind 10 Tage nach dem Erkranken des Kleinen anscheinend von derselben Affektion befallen worden. Bei ihr befinden sich die Efflorescenzen auf der linken Halsseite, in 5-Markstück groſser Ausbreitung; bei der ältesten Tochter auf beiden Backen und am Kinn, bei der zweitältesten Tochter auf der linken Backe und bei der jüngsten im Nacken und auf einigen Stellen der behaarten Kopfhaut.

Ätiologie: Durch Spielen mit Kindern, welche an Gesichtsausschlag litten, soll Paul angesteckt worden sein.

Status praesens: Die Affektion ist auf der rechten Nasenseite, der rechten und linken Backe und am Kinn ausgebreitet; sie besteht aus erbsen- bis linsengroſsen, zum Teil mit dicken Krusten bedeckten Efflorescenzen, welche in der Kinngegend, auf der rechten Backe und auf der rechten Nasenseite zu thalergroſsen Scheiben konfluieren, während auf der Stirn, auf der linken Backe und Oberlippe die Efflorescenzen vereinzelt stehen. Es sind dies Punkte und Bläschen in den verschiedensten Stadien. Die Punkte, die meistens Haarfollikeln entsprechen, sind im ersten Stadium stecknadelkopf- bis pfefferkorngroſs; in der Mitte sieht man eine leichte Abhebung der Hornschicht, umgeben von einem feinen roten Halo.

Im zweiten Stadium erhebt sich diese, jetzt faltige Hornschicht zu einem nicht gespannten Bläschen, in welchem klarer oder etwas getrübter Inhalt sich befindet.

Im dritten Stadium tritt an den meisten Bläschen an einer Seite

Serum aus, bedeckt die Hornschicht derselben und trocknet dort zu verschiedenfarbigen, honiggelben bis schmutzig-graugrünen Borken ein; einzelne, etwas bluthaltige, bedecken sich mit braunen Borken. Ein Teil des Randes ist zu dieser Zeit noch als Bläschen erhalten.

Aufser dem Gesicht ist das rechte Ohr ergriffen. Die ganze Ohrmuschel ist von Bläschen und Krusten bedeckt, die jedoch nur an einzelnen Stellen zusammenfliefsen.

Starke Eiterung aus dem rechten Gehörgang.

Ferner sieht man auf der behaarten Kopfhaut: auf dem Scheitel, Hinterhaupt und auf der Haargrenze isoliert stehende, mit Borken bedeckte Efflorescenzen.

Starke Schwellung der Submaxillar- und Nackendrüsen.

Endlich finden sich am rechten Zeigefinger und am linken Fufs auf der grofsen Zehe Efflorescenzen, die denen im Gesicht und auf der behaarten Kopfhaut gleichen.

Diagnose: Impetigo vulgaris.

Am 23. II. 98 Aufnahme des Knaben in die Klinik.

Therapie und Verlauf: Nachdem von verschiedenen Krusten (von der Unterseite derselben und der Flüssigkeit der Wundfläche) Kulturen als Agar-Strich- und Gelatinestich angelegt waren, wurden diese Efflorescenzen zur Heilung gebracht. Die Kulturen zeigten nach eintägigem Bestand feine, weifse Kolonien, einzeln oder in Gruppierung.

Die Gelatine wurde nur sehr langsam und an der Oberfläche verflüssigt; am Sticheingang zeigte sich ein sehr kleiner Trichter, auf dessen Boden ein feiner, weifslicher Belag sich befand. Dem Stich entlang waren kleine Kolonien bemerkbar. Mikroskopisch erwiesen sich die Kolonien als kompakte Masse mit scharf abgegrenzten, etwas unregelmäfsig gezackten Rändern.

Am 27. II. wurde von der weifsen Agarkultur eine Übertragung auf die bisher von Impetigo vulgaris verschonte linke Backengegend nach sorgfältiger Sterilisierung der Haut gemacht.

Etwas langsamer als gewöhnlich bei Übertragungen entwickelten sich nach zwei Tagen typische Impetigo vulgaris-Efflorescenzen: zuerst rote Punkte von 1 mm Durchmesser, die sich zu Bläschen und Krusten von 2—$2^1/_2$ mm Durchmesser vergröfserten.

Eine drei Tage alte, alleinstehende Efflorescenz, bei der das noch bestehende Bläschen von einer nicht sehr massigen Borke bedeckt war, wurde excidiert und nach üblicher Methode geschnitten und gefärbt (siehe *Histolog. Atlas zur Pathologie der Haut*, Heft III, Taf. XII., Fig. 44—46).

Von den übrigen durch die Übertragungen entstandenen Efflorescenzen wurden sowohl vom Bläscheninhalt wie von der Unterseite der Borken Kulturen auf Nähragar als Strich und auf Gelatine als Stich angelegt.

Die Kolonien der ausgebildeten Kulturen waren weifs und von gleicher Form und Gröfse wie die zur Übertragung verwendeten Kulturen.

Hiermit war wiederum der für die Ätiologie der Kokken beweisende Cyklus geschlossen und es hatte sich zum zweiten Male ergeben, dafs auch der weifse Coccus der Impetigo vulgaris allein für sich die Krankheit zu erzeugen im stande ist.

Mit diesen Kulturen wurden noch Übertragungen auf die nackte Haut des Gesichts, der Ohrmuscheln und Bauchgegend einer afrikanischen Hündin und eines afrikanischen Hundes vorgenommen, jedoch ohne Erfolg.

Fälle VI bis XII.

Aufser diesen ausführlich beschriebenen Übertragungen wurden von uns noch sieben weitere bei Erwachsenen, alle mit positivem Erfolge, ausgeführt, deren Resultate wir kurz zusammenfassen können, da sie sich in ganz gleicher Weise abspielten. Vier derselben wurden am Laboratoriumsdiener, Herrn K., zwei an Herrn Dr. U. ausgeführt, alle an der Streckseite des linken Vorderarmes. Das Material zu den ersten fünf lieferten die Fälle Sch. (weifs), Müller (weifs), Jahn (ocker), v. Rensch (ocker), Scholz (ocker), dasjenige zu den letzteren beiden Jahn (ocker) und Rensch (ocker). In allen Fällen wurden die Impfungen so ausgeführt, dafs an einer etwa 1 cm im Durchmesser haltenden, gereinigten Stelle der Haut, auf der einige Haarbälge sichtbar waren, mit der Platinnadel etwas von der Kultur verteilt und dann die Hautstelle mit der Nadel noch sanft bis zur Erzielung einer leichten Röte gerieben wurde.

Regelmäfsig begann die Stelle nach einem halben Tage etwas zu jucken; am nächsten Tage waren, den auf der Stelle befindlichen Haarbälgen entsprechend, einige intensiv rote, ziemlich stark juckende Punkte vorhanden, die am zweiten Tage deutlich papulös anschwollen und zum Teil kleine, helle Bläschen entwickelten. Wo die nackte Haut zwischen den Haarbälgen etwas stärker gerieben war, trat auch eine stärkere Röte dieser Stellen auf. In einem Falle bei U. — welcher überhaupt stärkere Reaktionen gegen dieselben ockerfarbenen Kokken als K. aufwies — bedeckte sich die ganze geriebene Hautpartie sogar mit einer dünnen serösen Kruste, welche unter langdauernder Abschuppung erst im Laufe von zwei Wochen abheilte, wobei der Fleck gegen Berührung empfindlich war. Abgesehen von dieser einen stärkeren Reaktion verliefen die anderen entzündlichen Efflorescenzen abortiv, die follikulären Bläschen trockneten nach einigen Tagen mit Hinterlassung eines Krüstchens ab, nach dessen Abfall noch lange Zeit ein roter Fleck den Ort der Impfung anzeigte. In dem einen Falle bei U., wo eine stärkere flächenhafte Reaktion eintrat, hinterblieb ein scharf konturierter, dunkelroter Fleck, wie bei der Impetigo vulgaris der Kinder, der etwas empfindlich war und noch nach vier Monaten die Impfstelle deutlich bezeichnete.

Aus allen Entzündungsprodukten wurden die jeweilig bei der Impfung benutzten ockerfarbenen und weifsen Kokken wieder in Reinkultur gewonnen.

Die Zusammenfassung aller dieser Impfversuche an Erwachsenen ergiebt folgendes:

Stets hatte die Impfung einen positiven Erfolg, nie blieb eine leichte entzündliche Reaktion in Gestalt dauernder Hyperämie, Papel- und Bläschenbildung an den getroffenen Haarfollikeln aus und in keinem Falle fehlte ein auffallend langdauerndes Erythem am Ort der Impfung. Niemals andererseits aber bestand die Reaktion in einer pustulösen Affektion, einer eiterigen Impetigoform und niemals entwickelte sich eines der follikulären Bläschen zu einem Furunkel, auch dort nicht, wo — wie in dem einen Falle bei U. — eine entzündliche Reaktion wochenlang anhielt. Nicht nur diese Entwickelung einer serösen Kruste, sondern auch die abortiven Formen einer rein serösen Follikulitis fallen vollständig in den Rahmen der Impetigo vulgaris-Erkrankung. Man beobachtet diese Formen sowohl bei Kindern in der Umgebung der typischen Krusten wie besonders in den seltenen Fällen von Impetigo vulgaris des Rumpfes und der Extremitäten bei Kindern und Erwachsenen, welche sporadisch neben den typisch lokalisierten Efflorescenzen vorkommen. Keinesfalls widerspricht daher die in sehr mäfsigen Grenzen sich haltende Reaktion auf dem Arm wenig disponierter Erwachsener der Definition und dem Wesen unserer Impetigo vulgaris, wohl aber kann man mittelst derselben mäfsigen Reaktion ebensowohl die Vermutung ausschliefsen, dafs die zur Impfung benutzten Organismen beliebige Saprophyten gewesen seien, als dafs es sich um echten Staphylococcus pyogenes aureus gehandelt hätte, auf dessen Einimpfung stets oder wenigstens meistens eine eiterige Impetigo und Furunkulose hätte folgen müssen, falls überhaupt eine länger dauernde Reaktion, wie hier, eintrat.

(Schlufs folgt.)

Tafelerklärung.

Fig. 1 (die untere) stellt eine gelungene Erzeugung der Impetigo vulgaris mittelst Reinkultur beim Kinde (S. 345 ff.), *Fig. 2* (die obere) eine solche beim Erwachsenen (S. 347) dar. Die erstere Chromolithographie ist ausgezeichnet naturgetreu ausgefallen, in Bezug auf die zweite ist zu bemerken, dafs die beiden grofsen, polycyklisch umrandeten Krusten links und unten in der chromolithographischen Wiedergabe etwas zu dick und erhaben dargestellt sind; sie waren wesentlich flacher als beim Kinde.

Aus der Praxis.

Ein einfacher Heifsluftbrenner.

Von

P. G. Unna.

An dem Mikrobrenner, wie er bisher in verschiedenen Formen geliefert wurde, befindet sich am Fufsende des Metallansatzes ein kleines Luftloch, um die mit Benzindampf geschwängerte Luft, nachdem sie zur Erhitzung des Platinschwammes gedient hat, wieder aus dem Apparat heraus zu lassen. Diese ist natürlich stark erhitzt und mancher Arzt oder Patient, dessen Haut aus Versehen in den Bereich des heifsen Luftstrahles kam, wird bereits eine persönliche Erfahrung über dessen kaustische Wirkung besitzen.

Als vor drei Jahren Audry in dieser Zeitschrift[1] seine Behandlung des weichen Schankers mit der strahlenden Hitze des Paquelins und bald darauf Holländer seine Lupusbehandlung mittelst erhitzter Luft mitteilte, kam ich auf den Gedanken, den heifsen Luftstrahl des Mikrobrenners zur Kaustik zu benutzen, dessen Kontakt mit dem Patienten ich bis dahin sorgfältig vermieden hatte. Aus der Not liefs sich so in der That eine Tugend machen und nachdem ich mehrfach gelegentlich Naevi und andere kleine Geschwülste statt mit der Spitze des Mikrobrenners mit der seitlich ihm entströmenden heifsen Luft erfolgreich behandelt hatte, gab ich vor einem Jahre der Firma Bauer & Häselbarth (Eimsbüttel) den Auftrag, mir einen neuen Ansatz zum Mikrobrenner herzustellen, bei welchem das Luftloch an die Spitze des Platinbrenners verlegt war und so eine bequemere Behandlung ermöglichte.

Über diesen Ansatz zum Mikrobrenner und seine Wirkung bei den kleinen Geschwülsten der Haut, insbesondere bei Naevi und Pigmentanomalien, sodann beim weichen und serpiginösen Schanker habe ich seit einem Jahre genügende Erfahrung, um ihn den Fachgenossen als die einfachste Form eines Heifsluftapparates empfehlen zu können. Auch die Lupusbehandlung mit heifser Luft nach Holländer läfst sich mit diesem Heifsluftbrenner ausführen. Allerdings habe ich bis jetzt nur einen sehr kleinen Ansatz zur Heifsluftbehandlung anfertigen lassen, da dessen Strahl für die bisherigen dermatologischen Zwecke vollkommen

[1] Audry, Behandlung des einfachen Schankers. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 22, No. 10, S. 516.

ausreicht, aber es steht einer Ausführung in gröſserem Maſsstabe analog dem breiten Paquelinansatz nichts im Wege. Um von der sehr starken kaustischen Wirkung dieses Heiſsluftbrenners einen annähernden Begriff zu geben, will ich die Hitzegrade angeben, die das z. Zt. von mir gebrauchte Exemplar erzeugt. Ich bestimmte dieselbe so, daſs ich den Strahl derart auf die Mitte der Quecksilberkugel eines bis 200° C. zeigenden Thermometers richtete, daſs die Entfernung der Öffnung des Brenners von dem Äquator der Thermometerkugel an einem feststehenden Millimetermaſsstab genau gemessen werden konnte. Das Quecksilber kam zur Ruhe bei einem Abstande von 20 mm bei 44°

bei einem Abstande von	20	mm	bei	44°
„	15	„	„	47°
„	10	„	„	50°
„	5	„	„	70°
„	2	„	„	80°
„	0	„	„	124°.

Für die hier in Betracht kommenden kleineren dermatologischen Encheiresen genügt mithin stets eine Entfernung meines Brenners vom Objekte von 5—2 mm. Andere von mir untersuchte Ansätze geben ähnliche, z. T. noch etwas höhere Hitzegrade. Einen weiteren Anhaltspunkt hat man in der Bräunung und Verkohlung von Papier. Bei einem Abstande von 10—20 mm bräunt sich dasselbe langsam; nähert man die Öffnung auf 5—4—2 mm, so entsteht sofort ein verkohlter Fleck. Man thut gut, vor jedesmaligem Gebrauch des Brenners die Papierprobe zu machen, um danach die Entfernung der Spitze vom Objekte zu regulieren.

Man verfährt nun, wenn man den Heiſsluftbrenner ohne lokale oder allgemeine Narkose gebraucht, am besten so, daſs man das Instrument zunächst mit der Spitze etwa 4 cm vom Objekt entfernt genau senkrecht über dasselbe bringt, in welcher Entfernung der Luftstrom warm aber nicht unangenehm empfunden wird und dann mit einem festen Ruck die Spitze bis auf die beabsichtigte Entfernung von 2—5 mm heranführt. Handelt es sich um senfkorn- bis erbsengroſse Objekte, so kann man auch sofort den Brenner wieder entfernen. Ist das Objekt flächenhaft ausgebreitet, so fährt man rasch in der als richtig erkannten Entfernung über dasselbe hin, bis alle Teile verbrannt sind. Man kommt auf diese Weise rascher zum Ziele als mit dem Mikrobrenner und schonlicher als mit dem Paquelin.

In diesem raschen Versengen gröſserer Flächen, wobei man mit einiger Übung sehr wohl die Tiefe der Nekrose regulieren kann, scheint mir ein Hauptvorzug dieser Art der Kaustik für dermatologische Gegenstände zu liegen. Sodann in dem unschuldigen Aussehen des Brennmittels und dem Vermeiden der direkten Berührung der Haut, wenn man es mit schreckhaften Patienten zu thun hat. Man wird es also mit Vorteil bei flächen-

haft ausgedehnten Naevi, bei seborrhoischen Warzen und Pigmentanomalien verwenden. Gestielte Naevi, Mollusken und ähnliche Geschwülste dagegen werden besser mit dem Mikrobrenner versengt.

Schanker[2] und Lupusknötchen bedürfen einer längeren, mehrere Minuten währenden Behandlung mit dem Heifsluftstrome und daher für gewöhnlich der lokalen oder allgemeinen Narkose. Schon aus diesem Grunde ziehe ich bei allen günstig gelegenen weichen Schankern die flache Abtragung mit dem Rasiermesser nach Vereisung vor.[3] Aber es giebt Fälle, so die Schanker unter dem Frenulum und die der Coronarfurche, wo der Heifsluftstrom, mit Salicyl- und Jodoformbehandlung kombiniert, ganz am Platze und jedenfalls allen Ätzungen vorzuziehen ist. Bei serpiginösen Schankern kann man die Abtragung der unterminierten Ränder sehr gut durch die Heifsluftbehandlung derselben ersetzen. Bei den Lupusknötchen ist die Heifsluftbehandlung nicht im stande, an Sicherheit des Erfolges mit der Spickmethode zu konkurrieren. Auch hier möchte ich sie für versteckt liegende Lupusteile und den Lupus der Schleimhäute reserviert wissen.

Da die pilzvernichtende Kraft der Hitze und Trockenheit über allen Zweifel erhaben ist, scheint mir die Ausdehnung der Heisluftbehandlung für eine Reihe anderer parasitärer Haut- und Schleimhautaffektionen nur eine Frage der Zeit zu sein.

---

[2] Vgl. die kürzlich erschienene Schrift über Heifsluftbehandlung des Schankers von Dr. Haralamb (Bukarest).
[3] S. diese Zeitschrift Bd. XXVI, pag. 295.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 47, Heft 2. 1899.

I. **Über Syphilisimpfungen am Tiere,** von C. Adrian-Strafsburg. Die von den verschiedenen Autoren bisher in Anwendung gezogenen Impfmethoden bestehen zumeist in Impfen mit abgekratztem Gewebssaft des syphilitischen Reproduktionsherdes oder Implantation eines excidierten Schankers oder von Gummen in eine zuvor hergestellte Hauttasche des Versuchstieres. Verfasser hat bei seinen Versuchen zwei Methoden angewandt: 1. Impfen resp. Auftragen von abgekratztem Gewebssaft zerfallender Sklerosen auf die gereinigte, eingeritzte Haut, meist des Bauches, und zwar a) bei zwei Kaninchen, b) bei zwei Schweinen; 2. subcutane Einverleibung durch Aspiration aseptisch aufgefangenen Blutes von verschiedenen, in vollster Eruption der sekundären Syphilis befindlichen Kranken, und zwar a) bei zwei Kaninchen, b) bei zwei Hunden. — Die Versuche an den Kaninchen und Hunden verliefen vollständig resultatlos, anders dagegen bei den Schweinen. — Verfasser teilt im folgenden

zunächst die Krankengeschichte des Falles mit, welcher das Impfmaterial für die Schweine abgab, sodann den Gang der Versuche. An beiden Schweinen traten circa acht Wochen nach Impfung derselben mit abgekratztem, bluthaltigen Sklerosensafte eines bereits in vollster Eruption der sekundären Periode befindlichen Kranken syphilisähnliche Hauterscheinungen in Gestalt schubweise sich entwickelnder, kürzere oder längere Zeit persistierender, papulöser Efflorescenzen auf. Bei dem überaus leicht reizbaren Blutgefäſssystem der Haut, welches das Schwein normalerweise besitzt, wäre die Möglichkeit vorhanden, daſs unter dem Einflusse irgend eines Toxins oder einer von auſsen einwirkenden Schädlichkeit makulöse oder papulöse Efflorescenzen an der reizbarsten dieser Hautstellen entständen, welche mit Syphilis nichts zu thun haben. Die obigen vom Verfasser beobachteten Efflorescenzen zeigen jedoch einen bestimmten Entwickelungsgang von der Macula zur Papula, die in ihren weiteren Stadien diejenigen Modifikationen aufweisen, welche wir nur beim syphilitischen Exanthem zu sehen gewohnt sind. Verfasser beschreibt die histologischen Veränderungen, welche er in den von der Schweinshaut excidierten makulösen und papulösen Efflorescenzen gefunden hat. Es unterliegt keinem Zweifel, daſs die letzteren eine gewisse Ähnlichkeit mit den beim Menschen beobachteten papulösen Syphiliden besitzen. Verfasser will mit der vorliegenden Arbeit eine Anregung zur Wiederholung ähnlicher Experimente am Schwein geben.

II. **Ein Fall von leukämischen Tumoren der Haut,** von Karl Kreibich-Wien. Die Krankheit begann bei der 63 Jahre alten Patientin mit Kopfschmerzen im Juli 1896. September 1896 trat an der linken Wange ein roter Fleck auf, der sich allmählich vergröſserte und im März 1897 zur Tumorbildung führte. Seit dieser Zeit treten stets neue Geschwülste auf, die sich vergröſsern. Syphilis wird geleugnet. Gegenwärtig ist das Gesicht mit Ausnahme der oberen Stirn von tauben- bis hühnereigroſsen ungleich konsistenten, gegen die Unterlage verschieblichen, über das Hautniveau weit vorspringenden, fast überhängenden Tumoren eingenommen. Die Haut über denselben ist rötlich violett verfärbt, scheinbar verdünnt, nicht faltbar und glatt glänzend. Unterkiefer-, Achsel- und Inguinaldrüsen beiderseits stark vergröſsert. — Sämtliche Tumoren im Gesichte sind spontan schmerzlos, dagegen auf Druck empfindlich. — Die Behandlung mit Arsen war erfolglos. Verfasser teilt im folgenden das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit. Aus derselben ergiebt sich, daſs der Krankheitsprozeſs an der Grenze der Cutis gegen das Fettgewebe, in der Zone des tiefen Gefäſsnetzes mit einer mantelartigen Einscheidung der Blutgefäſse beginnt, von welchen Herden aus sich Tumorzellen, und zwar stets einkernige Zellen mit geringem Protoplasmasaum zwischen die Cutisbündel hineinschieben, die Cutis von unten nach oben, das Fettgewebe nach unten oder von den gröſsere Blutgefäſse führenden Septen aus durchsetzend. Wie im Blute fehlen auch im Tumor eosinophile Zellen fast vollständig. Blut- und Lymphgefäſse sind dicht erfüllt von einkernigen Leukocyten. Für die richtige Beurteilung des pathologischen Vorganges ist von Wichtigkeit, daſs auch in der scheinbar normalen Haut, und zwar wieder in der Zone des tiefen Gefäſsnetzes hier und da sich kleinere Gefäſse finden, deren Lumen wie im Tumor zahlreiche Leukocyten enthält, Anhäufungen mononuklearer, groſskerniger Zellelemente, die alle Charaktere der Tumorzellen besitzen, Anhäufungen, die als quantitativ kleinste, nur mikroskopisch nachweisbare Herde mit den groſsen Tumoren des Gesichts auf eine Stufe zu stellen sind. — Hiernach sind die Hautveränderungen des vorliegenden Falles als wahre leukämische Tumoren aufzufassen.

III. **Über die Heilung von chronischen Ekzemen des Säuglings- und Kindesalters durch Arsenik,** von J. Neuberger-Nürnberg. Etwa 30 zumeist im Alter von 2—5 Jahren stehende, mit chronischen Ekzemen der verschiedensten Formen

behaftete Kinder und Säuglinge wurden vom Verfasser einer Arseniktherapie unterworfen. Dieselbe wurde in der Weise vorgenommen, daſs Kinder im Alter von zwei Jahren und darüber von der Lösung Sol. Fowleri, Aq. dest. = zunächst 8—14 Tage lang täglich mittags nach dem Essen in Milch einen Tropfen erhalten. In der 3. und 4. Woche stieg Verfasser auf 2—3 Tropfen, um in ähnlich steigenden Intervallen allmählich bis auf 6—7 Tropfen zu gelangen und später nach erfolgter Heilung die Dosis wieder zu reduzieren. Bei Säuglingen und Kindern unter zwei Jahren wurde verschrieben: Sol. Fowleri 1,5, Aq. dest. 3,5 und im übrigen in ähnlicher Weise wie oben angegeben verfahren. Die Maximaldosis betrug hier jedoch nur 5 Tropfen pro die. Im allgemeinen vertrugen die kleinen Patienten den Arsenik gut. — Die Dauer der Behandlung ist eine sehr lange. In den ersten 14 Tagen macht sich ein Rückgang des Krankheitsbildes noch nicht bemerkbar. Erst von der dritten Woche ab beginnen die Erscheinungen langsam zurück zu gehen. Verfasser war mit den Heilresultaten sehr zufrieden und steht nicht an, diese Therapie aufs wärmste zu empfehlen.

IV. **Die Seborrhoea corporis (Duhring) und ihr Verhältnis zur Psoriasis vulgaris und zum Ekzem,** von Ludwig Török-Budapest. Nachdem Verfasser im ersten Teile seiner Arbeit den Nachweis eines Zusammenhanges der Seborrhoea corporis (Duhring) und der Psoriasis vulgaris geliefert hat und zur Erkenntnis gelangt ist, daſs die erstere eine Form der Psoriasis vulgaris sei, untersucht er im vorliegenden zweiten Teile die Frage, ob die Seborrhoea corporis (Duhring) und mit ihr die Psoriasis vulgaris mit dem Ekzem, insbesondere mit dem Unnaschen Eccema seborrhoicum in Beziehung zu bringen sei. Bei dieser Gelegenheit hält es Verfasser für notwendig, Unnas Eccema seborrhoicum und das Unnasche Ekzem überhaupt einer Kritik zu unterziehen, deren Ergebnis ist, daſs für die Aufstellung eines Eccema seborrhoicum jede anatomische Basis fehlt, daſs die anatomischen und bakteriologischen Kriterien, welche Unna für seine Ekzeme und unter diesen auch für das Eccema seborrhoicum angegeben hat, sich bei genauer Prüfung als vollkommen wertlos erweisen und demnach auch nicht als Argumente für die Zugehörigkeit der Seborrhoea corporis (Duhring) und gewisser anderer Psoriasisformen zum Ekzem resp. zum Eccema seborrhoicum herangezogen werden konnten. — Aus seinen Betrachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse: „1. Wir haben erkannt, daſs das Vorhandensein der für Psoriasis vulgaris wichtigsten makro- und mikroskopischen Veränderungen alle typischen und atypischen Psoriasisfälle zu einer untrennbaren Gruppe vereinigt, innerhalb welcher es die verschiedensten Verbindungsglieder giebt, von den in Erscheinung, Verlauf und Lokalisation typischen Fällen, zu den schwächer entwickelten resp. gereizten, ekzematisierten Formen, zu den hartnäckigen und leichter verschwindenden und zu den atypisch lokalisierten Fällen. Ein engerer Zusammenhang, welcher Form der Psoriasis vulgaris immer, mit dem Ekzem läſst sich auf Grund der klinischen und pathologisch anatomischen Beobachtung nicht aufdecken. Derselbe lieſs sich übrigens gar nicht erwarten, wenn man sich von vornherein auf den Standpunkt stellt, die Ekzematisation als eine Reaktion der Haut auf einwirkende Reize zu betrachten. 2. Die Seborrhoea corporis (Duhring) muſs als eine weniger intensive und atypisch lokalisierte Form der Psoriasis vulgaris betrachtet werden.“

V. **Über einen Fall von Porokeratosis mit Lokalisation im Munde und an der Glans,** von Vittorio Mibelli-Parma. (Über die Krankengeschichte dieses Falles vgl. Referat S. 256 in No. 5.) Verfasser hat über die Art der Entwickelung der Efflorescenzen in dem vorliegenden Falle keine neuen Beobachtungen anstellen können und auch keine Gelegenheit gehabt, neue histologische Untersuchungen vorzunehmen. Er beschränkt sich darauf, die wichtigsten Einzelheiten zu wiederholen, die er in

seinen Präparaten im Jahre 1893 und 1894 gefunden hat und die andere Beobachter später bestätigt haben. Die hauptsächlichsten histologischen Charaktere dieser eigentümlichen Erkrankung sind folgende: 1. Bedeutende Verdickung des Stratum corneum medium, welches in den mit Osmiumsäure behandelten Schnitten als eine helle ungefärbte Zone polygonaler Zellen erscheint, welche einen deutlichen Kontur und Spuren von Kernen erkennen lassen; sie liegt zwischen zwei schwarzen Zonen, und zwar auch an Hautstellen, wo das Stratum corneum normalerweise eine sehr einfache Struktur besitzt und sich nur undeutlich in drei Zonen unterscheiden läfst. 2. Vergröfserung der Zona lucida, deren Zellen gröfser als normal sind und ihren Kern bewahren, zwar klein, aber färbbar. 3. Sehr verschiedenes Verhalten des Stratum granulosum; dieses erscheint bald verdickt, bald verschmächtigt, bald fehlt es auch ganz, oder aber es ist arm an Keratohyalin oder auch frei davon. 4. Verlängerung und Vergröfserung der intrapapillären Epithelzapfen, ganz besonders jener, welche von Kanälen der Knäueldrüsen durchzogen sind; überdies findet man in diesen Zapfen deutliche Atrophie des Stratum Malpighii und das sog. „atrophische Herabsteigen" Unnas. 5. Leichte und nicht konstante Entzündungserscheinungen im Derma papillare; zellige Infiltration um die Gefäfse oder auch an einzelnen von Gefäfsen unabhängigen Stellen, entsprechend den Punkten mit sehr bedeutender Hyperkeratose.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band VI, Heft 1. 1899.

I. **Experimentelle und klinische Untersuchungen über die reduzierenden Wirkungen des Pyrogallols, Eugallols und Lenigallols,** von Paul Grüneberg-Halle a. S. Die chemischen Untersuchungsergebnisse werden in folgenden Sätzen zusammengefafst: 1. Das Eugallol und das Lenigallol besitzen ähnlich wie das Pyrogallol im chemischen Sinne reduzierende Eigenschaften. Dieselben machen sich bei Salbenversuchen durch mehr oder weniger intensive Schwarz- oder Braunfärbung der Salbenoberfläche bemerkbar. Verursacht wird diese Dunkelfärbung durch die dunkle Farbe der ihrer chemischen Natur nach noch unbekannten Oxydationsprodukte. Eine Verstärkung der erwähnten Oxydationsvorgänge findet statt, sobald die betreffenden Salben mit erkranktem Gewebe oder mit Gewebssäften in Berührung gelangen. 2. Im Vergleiche zum Eugallol besitzt das Lenigallol ein weit schwächeres Reduktionsvermögen. Hochprocentuierte Lenigallol-Zinkpasten bleiben selbst bei längerem Stehen an der Luft unverändert. Nur bei Anwesenheit von grüner Seife machen sich Oxydationsvorgänge von geringerer Intensität bemerkbar. 3. Unter zahlreichen Bedingungen ist selbst im Vergleich zum Pyrogallol das Reduktionsvermögen des Eugallols bedeutend stärker. Am ausgesprochensten ist dies bei Anwesenheit von Zincum oxydatum und dementsprechend in Lassarscher Zinkpaste (warum nicht auch in der Zinkoesypuspaste? Ref.) der Fall, in welcher Eugallol weit stärker (fast 10 mal so stark) oxydiert wird als Pyrogallol. In Adeps Lanae und in Vaselin. flav. american. überwiegt ebenfalls das Reduktionsvermögen des Eugallols über das des Pyrogallols, doch macht sich der Unterschied nicht in gleich scharfer Weise bemerkbar, weil in den genannten Salben, besonders im Vaselin, die eingeleiteten Oxydationsvorgänge an sich geringer sind wie in Zinkpaste. Calcium carbonicum und Talcum begünstigen ebenfalls, aber in geringerem Mafse als Zinkoxyd die Entfaltung der reduzierenden Eigenschaften des Eugallols wie des Pyrogallols. Die Oxydationsvorgänge sind hier stärker bei Eugallol- als bei Pyrogallolanwesenheit, während sie umgekehrt 4. schwächer sind in Vaselin bei Gegenwart von Calcium carbonicum, in Unguentum Diachylon Hebrae. 5. Eine

bedeutende Beschleunigung sowie eine Steigerung ihrer Intensität erfahren die Oxydationsvorgänge in pyrogallol- wie eugallolhaltigen Zinkpasten, Adeps Lanae- und Vaselinsalben durch einen mäfsigen Zusatz von Salzsäure und von grüner Seife, in geringerem Mafse auch von Essigsäure. Hinsichtlich der Stärke der in Rede stehenden Wirkung sind Salzsäure und grüne Seife etwa gleich; nur in Zinkpaste überwiegt der steigende Einflufs der Salzsäure. Das Plus an reduzierender Kraft, welche die pyrogallolhaltigen Salben durch Zusatz einer der drei genannten Substanzen erhalten, ist beträchtlich gröfser als das der eugallolhaltigen. 6. Eine bedeutende Abschwächung erleidet das Reduktionsvermögen des Pyrogallos wie Eugallos besonders in Zinkpaste durch Zusatz von Salicylsäure. Die Verminderung des Oxydationsprozesses macht sich jedoch in eugallolhaltiger Zinkpaste in weit geringerem Umfange bemerkbar wie in pyrogallolhaltiger. Auch durch Zusatz von Schwefel wird die Bethätigung von reduzierenden Eigenschaften des Pyrogallols wie des Eugallols beeinträchtigt.

Die klinischen Erfahrungen mit dem Eugallol erstrecken sich auf die Anwendung desselben a) bei Lupus vulgaris; b) bei Psoriasis. Die Applikation geschah in der Weise, dafs auf die erkrankte Hautpartie die gebräuchliche Eugallolacetonlösung (Eugallol 66²/₃, Aceton 33¹/₃) in dünner Schicht aufgetragen wurde. Die so bepinselten kranken Stellen liefs man, um ein Verwischen auf die gesunde Umgebung möglichst zu vermeiden, ¹/₄—¹/₂ Stunde lang austrocknen, dann wurden sie je nach Ausbreitung der Affektion mit Zinkoxyd bepudert oder mit einer dünnen Schicht von Zinkpaste oder von einem Gemisch aus der letzteren mit Adeps Lanae oder Vasel. flav. american. bedeckt und verbunden. Die Resultate bei der Lupusbehandlung waren vorzüglich, doch ist die Methode, welche nur ein Seitenstück zu der rühmlichst bekannten Nachbehandlung operativ behandelter lupöser Affektionen mit Pyrogallolsalben ist, nichts besonders Neues. — Verfasser teilt einige Krankengeschichten mit. — Für die Anwendung der Eugallolpinselungen bei Psoriasis ergeben sich folgende Indikationen: 1. Inveterierte Psoriasis, die auf die gewöhnliche Behandlung mit Chrysarobin- oder Pyrogallussalben nicht zurückgeht. 2. Psoriasisfälle, die zwar ihrem anatomischen Charakter nach nicht als inveterierte zu bezeichnen sind, sich aber dennoch der üblichen Behandlungsweise gegenüber als resistent erweisen. Charakterisiert sind derartige Fälle dadurch, dafs bei der gewöhnlichen, längere Zeit fortgesetzten Behandlung die gesunde Haut Reizerscheinungen aufweist, bevor es zur Reduktion der psoriatischen Veränderungen gekommen ist. 3. Bei vereinzelten, zerstreuten Psoriasispapeln, bei denen eine Salbenbehandlung unbequem ist. — Kontraindiziert ist die Eugallolpinselung: 1. bei ausgedehnter Psoriasiserkrankung, 2. bei akuter Psoriasiseruption.

II. **Über Leprabehandlung mit merkuriellen Injektionen**, von A. Haslund-Kopenhagen. Verfasser beschreibt einen Fall von Lepra bei einem 51jährigen Gutsbesitzer von Island, der die Erscheinungen sowohl der anästhetischen wie tuberösen Lepra zeigte, bei dem auch die Schleimhäute der Nase, des Larynx etc. affiziert waren. — Die Behandlung war eine gemischte, indem der Patient 6 mal täglich einen Efslöffel voll Solutio natrii salicylici (10 : 300) innerlich einnahm, einmal täglich eine intramuskuläre Injektion mit Solut. hydrargyri formamidat. bekam. 1 Gramm der Lösung enthielt 1 Centigramm Formamidquecksilber. Aufserdem wurde er täglich gebadet und nach dem Bade mit einer Ichthyolsalicylvaselin (15 : 5 : 100) eingerieben. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Patienten bedeutend. Alle Ulcerationen heilten, die Knollen nahmen an Zahl ab, und die Schleimhäute der Nase und des Rachens wurden vollständig glatt. Der Patient konnte wieder frei durch die Nase atmen und deutlich sprechen. Unverändert blieben die anästhetischen Partien. — Verfasser gehört zu den Sanguinikern, die absolut daran glauben, dafs Lepra eine

heilbare Krankheit sei. Nach seiner Ansicht ist Quecksilber dasjenige Medikament, von welchem man eine heilende Wirkung auf diese Krankheit erwarten kann. Die intramuskulären Injektionen, durch welche dem Organismus am schnellsten und sichersten das Mittel einverleibt wird, scheinen dem Verfasser die richtigste Methode zu sein, nur dafs die Behandlung, wie dies ja auch bei der Syphilis geschieht, durch Jahre hindurch fortgesetzt, resp. die Kur in regelmäfsigen Intervallen wiederholt werden, was bisher bei denjenigen Ärzten, welche Lepröse mit Quecksilberinjektionen behandelt haben, nicht geschehen ist.

III. **Zur Largintherapie der Blennorrhoea muliebris,** von L. Fürst-Berlin. Verfasser behandelte mit dem Mittel 2 Fälle von Endometritis, 6 von Cervixkatarrh, 2 von Vulvo-Urethritis und 1 von Urethro-Cystitis. In allen Fällen ist die Diagnose durch Nachweis des Gonococcus sichergestellt worden. Nur 3 der 11 Fälle betrafen Puellas publicas. Alle 11 Fälle heilten unter der Larginbehandlung ganz glatt und ziemlich rasch ab, ebenso in 2 Fällen auch die Recidive. Das infektiöse Stadium heilt in ca. 4—5 Tagen unter vollständigem Verschwinden der Kokken ab, das katarrhalisch-entzündliche in weiteren 11—16 Tagen. Verfasser schreibt das günstige Resultat nicht ausschliefslich dem Präparate, sondern vor allem auch seiner konsequent durchgeführten Behandlungsmethode zu, die darin besteht, dafs die blennorrhoisch erkrankten Frauen möglichst bald nach der Infektion in Behandlung kommen, dann aber durchschnittlich drei Wochen, womöglich in der Klinik, zum mindesten aber unter häuslicher Überwachung seitens des Arztes zu Bett liegen und jede unnötige Bewegung vermeiden. Bei ambulatorischer Behandlung ist nach den Erfahrungen des Verfassers ein Erfolg ausgeschlossen. Alles überflüssige Untersuchen und Manipulieren mit den Händen oder Instrumenten mufs vermieden werden. Die höchstgelegenen Gebiete des Genitalkanals sind zuerst in Angriff zu nehmen, nie umgekehrt. Der häufigste primäre Sitz der blennorrhoischen Infektion ist die Cervix-Schleimhaut. Verfasser beginnt nach gründlicher Desinfektion der Vagina und Portio, sowie vorsichtigem Herabziehen der letzteren in jedem Falle mit prolongierten Spülungen der Uterinhöhle mittelst eines gut sterilisierten gläsernen Katheters (Mutterrohrs?). Er verwendet zu jeder Spülung 2 Liter einer 1/2 %igen, mit abgekochtem Wasser bereiteten, lauwarmen Larginlösung. Wird diese Spülung gut vertragen, so geht Verfasser noch in derselben Sitzung zu einer 1 %igen Lösung über. Nach der Spülung wird die Portio sorgfältig abgetupft und ein 2 %iges Itrolstäbchen (Itrol Credé) oder ein Noffkesches Schmelzbougie mit 5 % Largin eingelegt. Das Stäbchen wird mit einem sterilen Wattetampon 15 Minuten lang fixiert und dann entfernt. Hierauf folgt Spülung der Vagina mit 5 %iger Larginlösung, Austupfen und Einlegen eines 5 %igen Largin-Glycerin-Tampons, der mit einigen sterilen Wattetampons fixiert wird. Die Spülungen werden in der ersten Woche täglich, in der zweiten Woche jeden zweiten Tag vorgenommen und auch noch in der dritten fortgesetzt. Bis zum Schlusse der klinischen Behandlung wird stets die Vagina in der angegebenen Weise tamponiert. Auch nach der Entlassung soll der Arzt dreimal wöchentlich eine Scheidenspülung mit Holzessig und Karbol vornehmen und dann tamponieren mit Tannin-Glycerin-Tampons, um Kohabitation und Neuinfektion zu verhindern. Der Ehemann soll event. gleichzeitig behandelt werden. — Urethritis resp. Urethro-Cystitis, sowie Vulvitis blennorrhoica werden ganz analog behandelt. — Verfasser legt, wie bemerkt, grofses Gewicht auf eine möglichst frühzeitig eingeleitete und streng durchgeführte Behandlung.

IV. **Über den Wert des Oleum Salosantali (Salosantal) für die interne Behandlung der Harnkrankheiten,** von Leopold Hahn-Berlin. Für die interne Medikation der Blennorrhoe eignen sich nach Ledermann folgende 4 Gruppen von Patienten: 1. Kranke, welche an sehr heftigen Entzündungserscheinungen der Harn-

röhrenschleimhaut leiden, starke Schmerzen beim Urinieren haben und von den bekannten Begleiterscheinungen der akuten Blennorrhoe, wie Erektionen, Ödem des Gliedes etc. geplagt werden. 2. Jene seltenen Fälle, in welchen die Affektion unter dem Bilde einer schweren Infektionskrankheit mit hohem Fieber, Kräfteverfall und Mattigkeit verläuft. 3. Kranke, welche bei früheren Infektionen stets an Komplikationen (Epididymitis, Cystitis, Prostatitis) erkrankt waren, und bei denen erfahrungsgemäſs die Komplikation durch reizende Injektionen leicht wieder hervorgerufen werden kann. 4. Kranke, namentlich jugendliche Individuen von tuberkulösem oder skrophulösem Habitus, oder die durch voraufgegangene Krankheiten geschwächt sind. — Verfasser bespricht die Brauchbarkeit einiger hierher gehöriger Mittel und teilt dann seine Erfahrungen mit, die er mit dem Salosantal, einer Verbindung von Oleum Santali und Salol, gemacht hat. Das Salosantal wurde nur solchen Patienten verordnet, deren Urin saure Reaktion erkennen lieſs, während Kranke mit alkalisch beziehungsweise ammoniakalisch reagierendem Harn der Urotropinmedikation vorbehalten blieben. Die Darreichung erfolgte entweder in Tropfenform oder in Kapseln zu 0,5 g; es wurden dreimal täglich 10—15 Tropfen resp. 1—2 Kapseln bis zu 5 Kapseln pro die verordnet. Das Mittel wurde mit ganz wenigen Ausnahmen gut vertragen. Als Kontraindikation galt das Auftreten von Eiweiſs im Urin, weshalb vor Beginn der Salosantalmedikation in jedem Falle der Urin auf Eiweiſs untersucht wurde. — Das Mittel hat sich in den zur Behandlung gelangten Fällen durchaus bewährt. Verfasser teilt eine Reihe von Krankengeschichten mit.

V. **Indurationen im Corpus cavernosum penis,** von ECHTERMEYER-Berlin. Verfasser teilt einen Fall mit, der zwei Jahre hindurch beobachtet wurde. Der 29-jährige Patient bemerkte sein Leiden zuerst im März 1897 durch stetig zunehmende Schmerzen bei Erektionen. Als er eines Nachts mit heftigem Schmerz im Penis erwachte, bemerkte er, daſs das erigierte Glied in einem nach oben offenen stumpfen Winkel geknickt war. Bei der vorgenommenen Untersuchung lieſs sich ein kleiner, erbsengroſser, knorpelharter Knoten im Corpus cavernosum penis dicht hinter der Glans durchfühlen. Patient hatte $^5/_4$ Jahre zuvor Blennorrhoe gehabt, die nach seiner Ansicht längst abgeheilt war. Im Urin fanden sich jedoch noch Fädchen, die mikroskopisch Plattenepithelzellen, spärliche Staphylokokken, aber keine Gonokokken enthielten. Dehnung und heiſse Harnröhrenausspülungen vermochten nicht nur keine Besserung herbeizuführen, sondern auch die stetige Zunahme der Härte in den folgenden Monaten aufzuhalten. Vielleicht trugen zu dieser andauernden Vergröſserung des Knotens die häufigen Erektionen bei, welche der Patient im Zusammensein mit seiner Braut bekam. Im Dezember 1897 wurden in der Fangokuranstalt heiſse Fangoeinpackungen von 45° C. appliziert. Dieselben blieben $1^1/_2$ Stunden liegen. Nachts wurden sie wiederholt, gleichzeitig schränkte Patient die Besuche bei seiner Braut ein. In den nächsten Wochen war ein sichtbarer Erfolg nicht zu verzeichnen. Nur die Erektionen wurden seltener; allmählich lieſsen die Schmerzen bei den Erektionen nach. Die Knickung blieb dieselbe. Nunmehr wurde zur Massage übergegangen. Die Kataplasmen wurden nachts beibehalten. Im Laufe der nächsten 6 Monate wurde die Knickung geringer, sämtliche Beschwerden schwanden, so daſs Patient heiraten konnte. Das Leiden hat sich trotz uneingeschränkten Ehegenusses nicht wiederholt.

VI. **Zur Pathogenese der lokalisierten Antipyrinexantheme,** von HUGO APOLANT-Berlin. (Vergl. die Referate Band 28, S. 100 und 104.)

VII. **Die dermatologischen Komplikationen des Diabetes und ihre Therapie,** von O. LASSAR-Berlin. Von Hautaffektionen, welche im Zusammenhange mit Diabetes auftreten, sind die häufigsten Furunkel, Karbunkel, Phlegmonen. Für die Behandlung der Furunkulose der Diabetiker giebt Verfasser folgendes Verfahren

an: 1. Allgemeine und diätetische Vorschrift. Der Patient nimmt früh nüchtern ein bis zwei kleine Becher Karlsbader Mühlbrunnen, Vichy oder Neuenahr. Mäfsige Bewegung in frischer Luft. Hautpflege durch Salzseifenbäder (3—4 wöchentlich). Bei Abwesenheit von Ekzemen werden für Erwachsene 5—6 kg gereinigtes Badesalz und 1 kg Sapo viridis in der Wanne aufgelöst. Nach dem Bade eine Stunde Bettruhe. 2. Die örtliche Behandlung. Bei einzelnen und tiefliegenden Furunkeln breite Spaltung und Einlage von Jodoformmulltampons. Bei zahlreichen Furunkeln ist die Pflasterbehandlung in Verbindung mit den Bädern am Platze. Unter den Pflastermassen empfiehlt sich besonders die Vorschrift: Acidi salicylici 2,5, Emplastri saponati 10,0, Emplastri plumbi 10,0, Emplastri adhaesivi 5,0. Mf. Empl. (Am besten als Unnasches Pflastermull hergerichtet.) Zu gleichem Zwecke können namentlich bei reizbarer Haut einfache Zinkoxydpflaster verwendet werden. 3. Als Medikament ist die Arsentherapie, sei es in Form der Fowlerschen Lösung oder als Pillen von arseniger Säure (3—4 mg pro die) beizubehalten. Ferner kann mit gutem Erfolge konsequent Bierhefe (Fermentum cerevisiae, dreimal täglich 1 Efslöffel) in der Zwischenzeit der Mahlzeiten in dünnem Bier oder Thee gereicht werden. Der hemmende Einflufs der Bierhefe auf die Furunkelbildung steht fest, wenngleich sie die Entwickelung von Staphylokokken im Reagenzglase nicht aufzuhalten vermag. 4. Die Beseitigung der kausalen Veranlassung für die Entstehung von Furunkeln. Dieselbe liegt in letzter Linie in dem den Diabetes so häufig begleitenden Juckreiz mit seinen Kratzeffekten. Scabies, Pediculosis, Prurigo, Stauungsdermatosen führen nur deshalb zu Furunkeln, weil der kratzende Finger mit Eiterkokken beladen ist. Deshalb wird die Behandlung der Furunkulose an erster Stelle auf die Beseitigung des Juckreizes gerichtet sein müssen. Hierbei kommen Zinkpasten event. Teerpräparate in Anwendung. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band IV, Heft 2.

Ein operativ geheilter Fall von operativer Harninkontinenz (nach Dilatation der Harnröhre beim Weibe), von F. Stockmann. Eine 42jährige Patientin litt seit einigen Jahren an Incontinentia urinae, nachdem wegen starker und hartnäckiger Blasenbeschwerden, wie es scheint, eine Simonsche Dilatation der Harnröhre ausgeführt war. Drei Versuche durch keilförmige Excision aus Urethralwand und Septum vesico-vaginale hatten keinen Erfolg. Sodann wurde die Gersunysche Operation mit Drehung von 90° ausgeführt, aber erst nachdem diese noch zweimal vorgenommen, wobei eine um 180°, zuletzt um 360° gedreht wurde, trat die gewünschte Kontinenz ein und blieb dauernd bestehen. — Wenn die Dilatation der weiblichen Urethra auch nur selten zu dauernder Inkontinenz führt, dürfte sie doch jetzt, da wir so gute Cystoskope besitzen, ganz entbehrlich sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band III, Heft 5. (Februar 1899.)

Über „Orthoform“ bezw. „Orthoform — neu“ als Zusatz zu Quecksilberparaffinemulsionen, von Ferdinand Epstein. Die Empfehlung des Zusatzes von Orthoform zum Salicylquecksilberparaffin hat Verfasser zu gleichen Versuchen veranlafst, um auch denen, welche trotz ruhigen Verhaltens nach der Injektion Schmerzen nach derselben haben, diese zu nehmen. Es wurde fast nur „Orthoform — neu“ ver-

wendet, da die grofsen Krystalle des Orthoforms die Kanüle verstopfen können und wohl auch eher reizen. — In 19 von 20 Fällen waren die Patienten nicht unterrichtet, ob Orthoform zugesetzt war oder nicht. Die Ergebnisse waren etwa folgende: In 5 Fällen war die anästhesierende Wirkung des Orthoforms deutlich. Zwölf Patienten merkten keinen Unterschied; es waren fast durchweg solche, die an sich wenig Beschwerden nach den Injektionen hatten. Bei einem Patienten mufste trotz Orthoforms die Kur wegen Schmerzhaftigkeit aufgegeben werden. Zwei Kranke endlich zeigten unangenehme Nebenwirkungen, die nur auf das Orthoform zurückgeführt werden konnten. Dieselben bestanden einmal in stärkerer Schmerzhaftigkeit der Injektionen, einmal in Schwindel, Erbrechen, Abgeschlagenheit, die sich 6–8 Stunden nach der Injektion einstellten. — Verfasser resümiert: 1. In einem gröfseren Procentsatze der Fälle können wir bei der Injektion von Quecksilberparaffinemulsionen des Zusatzes anästhesierender Stoffe entraten. 2. In denjenigen Fällen, in welchen trotz sorgfältiger Zubereitung der Emulsion und trotz bester Injektionstechnik Schmerzen nach der Einspritzung auftreten, ist ein Zusatz anästhesierender Substanzen zu versuchen. In diesen Fällen ist 3. das Orthoform — neu dem anfänglich in den Handel gegebenen Orthoform vorzuziehen. 4. Bei dem Zusatze solcher Präparate zur Quecksilberparaffinemulsion ist, namentlich am Anfange der Kur, auf toxische Erscheinungen besonders zu achten.

Über die Kontagiosität der Syphilis, von Brueggemann. Bringt nichts Bemerkenswertes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

The British Journal of Dermatology.

Januar 1899.

I. **Acne keratosa**, von Radcliffe Crocker. Unter „Acné cornée" haben französische Autoren eine Affektion beschrieben, charakterisiert durch die Produktion kleiner, horniger Spitzen an den Talgdrüsenmündungen. Insofern besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit den Fällen, die Verfasser beschreiben will. Im übrigen aber ist die Acne keratosa völlig von der Acné cornée verschieden. Verfasser teilt die Krankengeschichten von 4 Fällen mit und charakterisiert die Affektion im allgemeinen folgendermafsen. Wenn der Patient sich dem Arzte das erste Mal vorstellt, pflegt man fingernagelgrofse, wohlbegrenzte, exkoriierte Stellen bedeckt mit harter blutiger Kruste an den Wangen und am Kinn, besonders um die Mundwinkel herum zu beobachten. Aufserdem sieht man zahlreiche, weifse bis rote Narben von derselben Gröfse und Gestalt als Überbleibsel alter Läsionen. Diese selbst sind als ganzes betrachtet symmetrisch, entwickeln sich aus einzelnstehenden, sehr resistenten, roten, festen Knötchen, auf welchen sich gewöhnlich eine Pustel bildet, die zu einer Kruste eintrocknet, oder die Epidermis wird durch die darunter befindliche Lymphe losgelöst. Der Patient entfernt die Kruste von einem unwiderstehlichen Drange verleitet, die weichen oder hornigen, kegelartigen Pfropfe auszudrücken, die in die Haut eingebettet sind, Jucken bisweilen Schmerzen und Spannung verursachen, bis sie entfernt werden. Wenn die Pfröpfe herausgezogen werden, so heilt die zurückbleibende Wunde nur sehr langsam. Der Prozefs zieht sich durch Wochen und Monate hin und zeigt grofse Tendenz zu Recidiven an derselben Stelle. In einem Falle dauerte die Affektion bereits 40 Jahre. Die hornigen Pfröpfe, welche vom Verfasser und Dr. Jamieson mikroskopisch untersucht wurden, bestanden aus epithelialen hornigen Zellen, wenigen Stachelzellen und Zellnestern. Jamieson verglich sie mit dem Komedo und glaubt, dafs sie von den Talgdrüsen herrührten. Verfasser ist jedoch der Ansicht, dafs sie aus dem Haarfollikel selbst sich entwickelten. Die Ätiologie ist dunkel. Bei zwei der beschrie-

benen Fälle entwickelte sich die Krankheit aus einer Acne vulgaris. In allen Fällen waren teilweise intensive Verdauungsstörungen vorhanden. Alle 4 Fälle betrafen Frauen in guten Verhältnissen,

II. **Ein Beitrag zum Studium des Ekzems**, von LESLIE ROBERTS-Liverpool. Der Verfasser erörtert zunächst die physikalische Grundlage der Entzündung überhaupt. Eine Reihe von organisierten und unorganisierten Stoffen, welche wie der Zucker, das Eiweiſs, die Fette, in den Körper eingeführt werden, wird von den den Verdauungskanal begrenzenden Zellen in Formen umgewandelt, die sie für die Assimilation geeignet machen. Andere organisierte Substanzen, wie der Anthrax oder der Tuberkel, oder auch unorganische, welche unfähig sind einen Platz in den normalen metabolischen Gewebsprozessen zu finden, wirken entzündungserregend auf diejenigen Zellen ein, welche den Zweck haben, reizende Substanzen mittelst einer Methode, die sich von der Exkretion unterscheidet, aus dem Körper zu eliminieren. Wo man also die Anzeichen der Entzündung antrifft kann man aus denselben auch auf das Vorhandensein irgendwelcher Irritamente schlieſsen, die die Zellen des Mesoderms und die Flüssigkeiten desselben, wie das Serum, die Lymphe, das Blutplasma bestrebt sind durch Umwandlung unschädlich zu machen und aus dem Körper zu eliminieren. Während diese Vorgänge sich dem Auge unbemerkt abspielen, ist man bei der Hautentzündung in der Lage, jedes Stadium des Entzündungsprozesses zu beobachten. Andererseits handelt es sich hier um Entzündungserreger, deren Natur häufig verborgen und dunkel ist, während bei den Entzündungen des Verdauungstraktus beispielsweise die Zusammensetzung und Natur der Entzündungserreger klarer zu Tage liegt oder sich leichter feststellen läſst. — Verfasser bespricht sodann die besonderen Eigentümlichkeiten des Epithels als eines Gewebstypus, der eine auſserordentlich wichtige Rolle in der Naturgeschichte des Ekzems spielt, weiter das Epithel unter dem Einflusse von Reizen, und die Einwirkung der letzteren auf den metabolischen Prozeſs, unterzieht HERINGS Theorie des Metabolismus einer Betrachtung. Im vierten Kapitel des vorliegenden Aufsatzes werden die Veränderungen erörtert, welche auftreten, wenn thermische und chemische Reize auf die Haut appliziert werden. (Fortsetzung folgt.)

III. **Ein Fall von Pemphigus foliaceus neonatorum**, von JOHN B. HELLER-Leeds. Das scheinbar gesund geborene Kind einer gesunden, primiparen Mutter erkrankte am neunten Lebenstage mit Röte am Gesäſs, an den Hüften und am unteren Teile des Rückens. Am nächsten Tage bildeten sich groſse, schlappe Blasen, welche die Cutis auf weite Strecken bloſslegten. Das Kind sah aus, wie wenn es verbrüht worden wäre. Der Zustand verbreitete sich rapide. Vier Tage nach Beginn der Erkrankung starb das Kind. Eine eigentliche Ursache derselben konnte nicht festgestellt werden.

IV. **Ein Fall von multiplem Lupus im Gefolge von Masern**, von H. G. ADAMSON-London. Im Anschluſs an die von DU CASTEL und HAUSHALTER in den *Annales de Dermatologie* publizierten Fälle von multipler Hauttuberkulose, die sich im Gefolge von Masern entwickelt hatte, rekapituliert Verfasser die Krankengeschichte eines 3jährigen Knaben mit multiplem Lupus verrucosus, der während einer Maserneruption entstanden war. Der Fall ist im *Brit. Journ. of Dermatology*, April 1895, mitgeteilt. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Histologischer Atlas zur Pathologie der Haut, von P. G. Unna. Heft 3. (Hamburg, 1899. Leopold Voss.) Das vorliegende dritte Heft des sehr willkommenen Atlas ist der „Impetigo" gewidmet. Unna definiert die hierher gehörige Gruppe folgendermaſsen: „es handelt sich um infektiöse, inokulable, feuchte Hautkatarrhe, welche — soweit bisher nachweisbar — durch Eindringen von Mikroorganismen von auſsen unter die Hornschicht erzeugt werden und deren Exanthem lediglich aus zerstreuten oder gruppierten Bläschen und Blasen besteht, die zu Krusten eintrocknen, keine Narben hinterlassen und zu keinen diffus sich ausbreitenden Oberhauterkrankungen Anlaſs geben." — Es kann eine Impetigo nur eine gelegentliche Form anderer Hautaffektionen darstellen oder ein Leiden sui generis sein. Letztere Art behandeln die sechs Tafeln dieses Heftes: die Impetigo vulgaris der Kinder, die Impetigo circinata, die Impetigo streptogenes, die Impetigo multilocularis. — Die „Impetigo contagiosa" ist nach Unna nur ein Sammelbegriff ohne scharfe Definition. Kontagiös sind alle Impetigoformen. — Verfasser schlieſst dann noch an die „Pustulosen" und „Phlyctaenulosen", auch durch Parasiten, und zwar zum Teil sogar durch dieselben Parasiten wie die Impetigines erzeugte Bläschenexantheme, die aber metastatischen Ursprungs sind.

Es bringt: Tafel 12: Impetigo vulgaris. Bläschen und Krusten in voller Entwickelung: Tafel 13: Impetigo vulgaris. Primäres Bläschen. Kruste. Abheilung. Tafel 14: Impetigo circinata und I. streptogenes. Tafel 15: Impetigo multilocularis. Tafel 16: Phlyctaenosis streptogenes. Tafel 17 u. 18: Pustulosis staphylogenes.

Daſs die Abbildungen durchweg den höchsten Anforderungen genügen, die Gewebshistologie und die Kokkenverteilung in klarster Weise illustrieren, bedarf kaum der Erwähnung. Es giebt eben keine besseren mikroskopischen Abbildungen. Mag die Spezialisierung und Detaillierung der Impetigines und der ihr verwandten Leiden klinisch auch zu weitgehend erscheinen, die wissenschaftliche Berechtigung dieser Unnaschen Détailarbeit legen diese Abbildungen klar. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze und Protozoen, herausgegeben von P. von Baumgarten und F. Tangl. 13. Jahrg. 1897. I. Hälfte. (Braunschweig, 1898. Harald Bruhn.) Die vorliegende erste Hälfte des 13. Jahrgangs der Baumgartenschen Jahresberichte betrifft die Litteratur des Jahres 1897, die mit gewohntem Fleiſs gesammelt, referiert und kritisiert ist. Die Leser dieser Zeitschrift interessieren besonders die Arbeiten über pyogene Kokken und Erysipelkokken, Blennorrhoekokken, Kokken bei der Orientbeule — bouton d'Alep — (die ätiologische Beziehung zu den gefundenen Streptokokken scheint doch sehr zweifelhaft), Diplococcus bei Prurigo (eine Arbeit von Risso), Milzbrandbacillen, Bacillen des malignen Ödems etc. — Ein besonders freundliches Geleitwort braucht man dem Buche nicht zu geben, es ist stets willkommen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Leitfaden der Hautkrankheiten, von L. Duncan Bulkley. 4. Auflage. (New York u. London, 1898.) Die Absicht des Verfassers, ein möglichst vollständiges und dabei doch kompendiöses Büchlein über die Hautkrankheiten zu verfassen, ist auch durch die vorliegende vierte Auflage seines Leitfadens vollkommen erreicht worden.

Das Wesentliche und für den Praktiker Wichtige wird in geschickter und übersichtlicher Form dargeboten, so daſs das Buch nach der Intention des Verfassers gewissermaſsen eine Vorbereitung und Einleitung zu den groſsen dermatologischen Werken in englischer Sprache von CROCKER, DUHRING und HYDE bildet. Die Klassifikation der Hautkrankheiten hat Verfasser in Anlehnung an das HEBRAsche System vorgenommen und giebt auch auf Seite 40—47 eine sehr interessante Tabelle über die relative Häufigkeit der einzelnen Hautkrankheiten auf Grund einer Statistik von 20000 von ihm in der Poliklinik und Privatpraxis beobachteten Fällen, aus der sich ergiebt, daſs das Ekzem obenan steht mit 5812 von 20000 Fällen (29,06%). Dann folgt Akne mit 3240 Fällen (16,2%). An dritter Stelle rangiert Syphilis mit 2411 Fällen (12%). Psoriasis 700 (3,5%), pflanzliche Parasiten 676 (3,38%), davon zwei Drittel Trichophytien. — Der in den ersten vier Kapiteln dargestellte allgemeine theoretische Teil (Anatomie, Physiologie etc.) ist selbst für einen Grundriſs etwas zu elementar gehalten, während die einzelnen Hautkrankheiten (Kap. 7—19) besonders in Beziehung auf Therapie recht gut abgehandelt sind, obgleich der Leser viel Neues nicht finden wird. Kapitel 20 erörtert die Diät und Hygiene bei Hautkrankheiten; Kapitel 21 enthält die allgemeine und spezielle Therapie, letztere in 118 zum Teil recht brauchbaren Ordinationsformeln mit Angabe der Indikationen. *I. Bloch-Berlin.*

Casuistique et Diagnostic photographique des maladies de la peau, von VAN HAREN-NOMAN. 8. Lieferung. (Harlem, 1898. De Erven F. Bohn.) Soweit Photographien Hautleiden zu illustrieren vermögen, thun es diejenigen des vorliegenden Werkes. Die achte Lieferung bringt: Tafel 5: Erythema exsudativum multiforme. Erythema nodosum. Tafel 6: Urticaria. (Die Erhabenheit der Efflorescenzen, das Hauptcharakteristicum derselben, kommt auf dem zweiten Bilde gar nicht zum Ausdruck.) Tafel 21: Eccema seborrhoicum. Tafel 25: Ekthyma (gutes Bild). Tafel 28: Pemphigus vegetans. Tafel 31: Epheliden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Dermatosen mit chirurgischen Methoden und mit physikalischen Mitteln, von BROCQ. (Paris, 1898. Carré & Naud.) Der berühmte Dermatologe wendet sich in dem vorliegenden Buche an die praktischen Ärzte; dies erklärt, wie er in der Vorrede sagt, „die minutiöse Darstellung der Einzelheiten, die dem Dermatologen ein wenig kindisch erscheinen könnte.“ Es ist ein gutes und erfreuliches Buch, das hier geboten wird: die zusammenfassende, erschöpfende Darstellung zweier Behandlungsmethoden giebt ein klares Bild davon, was diese Methoden im allgemeinen und bei den einzelnen Hautaffektionen zu leisten vermögen; auſserdem ermöglicht eben die bis ins Kleinste gehende Darstellung aller Details dem Arzte eine exakte Indikationsstellung und eine dem betreffenden Falle angepaſste Ausführung.

Der erste Teil des Buches behandelt die Verwendung der kleinen Chirurgie in der Behandlung der Hautkrankheiten, und zwar kommen drei Arten von chirurgischen Eingriffen in Betracht: die Auskratzung, die Skarifikation und die Thermokauterisation. Der Verfasser bespricht zunächst die Indikationen im allgemeinen, sodann die Lokalanästhesie, für die er recht wenig eingenommen ist, weil sie zum Teile unwirksam ist, zum Teile groſse Gefahren bezw. Nachteile im Gefolge hat. Sodann wird für jede der drei Methoden das nötige Instrumentarium, die Ausführung, der Verlauf, die allgemeinen Indikationen besprochen und schlieſslich die einzelnen Krankheiten behandelt, bei denen die Anwendung in Frage kommt. Hier werden noch weitere Details erörtert, insbesondere die Verschiedenheit in der Technik der einzelnen Methoden bei den einzelnen Krankheiten, die erforderliche Weiterbehandlung, Art der Verbände, voraussichtliche Erfolge, die zu erwartenden Narben. — Der zweite Teil des Buches behandelt in gleicher Ausführlichkeit die Verwendung der Elektrizität in

der Behandlung der Dermatosen. Den gröfsten Raum nimmt hier das Kapitel über Elektrolyse ein. Es folgt ein Abschnitt über hydroelektrische Bäder, deren Wert für die Dermatologie der Autor nicht sehr hoch anschlägt; er giebt jedoch zu, dafs die hydroelektrischen Bäder infolge ihrer mächtigen Wirkung auf die Funktionen des Organismus solche Dermatosen günstig beeinflussen können, die durch Fehler im Körperhaushalte, im Stoffwechsel verursacht sind. Weiterhin wird die Franklinisation besprochen; der Autor empfiehlt die Anwendung derselben bei solchen pruriginösen Dermatosen, die durch nervöse Reizbarkeit, bezw. durch arthritische Diathese hervorgerufen sind; denn die Franklinisation beruhigt das Nervensystem, kräftigt den Kranken und erleichtert den Stoffwechsel. Die gleiche Wirkung scheinen auch die Ströme von hoher Frequenz und hoher Intensität zu haben; aufserdem aber kommt diesen auch eine lokale Wirksamkeit zu, die vielleicht in der Therapie der Akne, der Follikulitis, Alopecia areata, Eccema seborrhoicum, eventuell auch der Psoriasis, des Lupus erythematosus und der Warzen von Nutzen sein kann. Jedoch liegen über die Anwendungsweise und den therapeutischen Wert dieser Art von Strahlen in der Dermatologie noch zu wenig Untersuchungen und Beobachtungen vor, als dafs der Autor die Verwendung derselben den Praktikern empfehlen könnte. Das Gleiche gilt bezüglich der X-Strahlen; der Verfasser glaubt jedoch, dafs diese in Zukunft in der Therapie der Hautkrankheiten eine grofse Rolle spielen werden. — Der ganz kurze dritte Teil des Buches handelt von der Verwendung des Lichtes und der heifsen Luft in der Dermatologie. Die beiden Verfahren sind noch neu, und wurden bisher nur von einzelnen Forschern angewendet. Ein Urteil über den Wert derselben ist zur Zeit noch nicht möglich. *Götz-München.*

Jahresbericht aus Finsens medizinischem Lichtinstitute, von Niels R. Finsen. (Kopenhagen 1898.) Dieser erste Jahresbericht des Instituts umfafst die Zeit von August 1896 bis 31. Dezember 1897 und erläutert „eine Wirksamkeit, welche in steter und reifsender Entwickelung ist"; die stark steigende Krankenzahl hat auch schnell eine Erweiterung der Installation des Instituts notwendig gemacht. Die Anwendungs- und Wirkungsweise der Finsenschen Behandlung wird den Lesern dieser Zeitschrift bekannt sein durch ein früheres Referat (Bd. XXV, pag. 471) und durch den Artikel von Dr. Bang: Die Finsensche Lichttherapie (Bd. XXVII, pag. 1). Die klinische Wirksamkeit hat wesentlichst die Behandlung des Lupus vulgaris, wovon im ganzen 81 Fälle behandelt worden sind, in Anspruch genommen, und ferner 7 Fälle von Lupus erythematosus; alle, mit einer einzigen Ausnahme, waren im Gesichte lokalisiert. Von diesen 88 Fällen waren 47 noch in der Behandlung; 7 hörten aus verschiedenen Ursachen zu früh mit der Behandlung auf, und die übrigen 34 waren mit der Hauptbehandlung fertig, d. h. symptomenfrei, indem man ja erst nach einer mehrjährigen Beobachtung von definitiver Heilung reden kann. Die Erfahrung hat gezeigt, dafs die günstige Wirkung der Lichtbehandlung bei Lupus vulgaris so konstant ist — obgleich mit grofsen individuellen Verschiedenheiten in Bezug auf die Schnelligkeit der Wirkung — dafs Fälle, die sich refraktär zeigten, einen durch mikroskopische Untersuchung (Epitheliom) konstatierten Zweifel über die Richtigkeit der Diagnose erweckten. Bei Lupus erythematosus dagegen ist die Wirkung inkonstant gewesen. Über 24 Fälle von verschiedenen anderen Hautkrankheiten (Psoriasis, Akne, Epitheliom u. s. w.), welche versuchsweise der Lichtbehandlung unterworfen wurden, wird später und anderswo Bericht erstattet werden. — In dem Laboratorium der Anstalt wurden verschiedene physiologische Lichtuntersuchungen u. s. w. vorgenommen. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Agenda therapeutica, von Heinrich Paschkis. (Wien, 1899.) Das lawinenähnliche Anwachsen der neueren Heilmittel macht es dem Einzelnen unmöglich, den-

selben zu folgen, geschweige denn sich über dieselben eingehend zu orientieren. Verfasser hat deshalb in dem vorliegenden Büchlein dieselben mit ihren Eigenschaften, Indikationen etc. zusammengestellt, sodafs sich jeder leicht über jedes Mittel in demselben informieren kann. Dafs die inneren Heilpräparate von den äufseren getrennt sind, erscheint, da viele sowohl intern als extern gebraucht werden resp. gebraucht werden sollen, unpraktisch. Eine durchgehende alphabetische Anordnung ist für den Nachschlagenden am bequemsten. — Vermifst wird sehr eine ungefähre Angabe des Preises, eines sehr wichtigen Faktors für die Beurteilung der Verwendbarkeit eines Medikaments. — Willkommen ist die Zusammenstellung der neueren künstlichen Nährmittel. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Klinische Formen und Behandlungsweise der syphilitischen Rückenmarksleiden, von Gilles de la Tourette. (Paris, 1899. Baillière et Fils.) Die Syphilis hat für das Rückenmark eine viel wichtigere Bedeutung, als man bisher angenommen hat. Der Verfasser ist der Ansicht, dafs über 50% aller Medulläraffektionen in der Lues ihre Ursache haben. Dabei ist Tabes sowohl wie Leiden, die infolge angeborener Syphilis entstanden sind, noch ausgeschlossen. Mit ihnen würde der Procentsatz noch gewaltig steigen. Alle hierher gehörenden Rückenmarksleiden werden vielmehr im Gegensatz zur Tabes dorsalis von der antisyphilitischen Behandlung aufs nachhaltigste beeinflufst. In mehr als der Hälfte aller Fälle von Spinalerkrankungen wird man also mit einer derartigen Therapie Erfolge erzielen können, vorausgesetzt allerdings, dafs dieselbe frühzeitig genug einsetzt. — Die ersten Kenntnisse über die Syphilis des Rückenmarks verdanken wir Portal (1797), der das Mal de Pott syphilitique beschrieben hat. Das Leiden beruht auf einer gummösen Hyperostose der Wirbelknochen und ist demnach extraspinal. Ihm nahe verwandt sind die Intervertebralgummata, die meistens in den Meningen sitzen, aber Ausläufer ins Mark entsenden können. Auch können diese seltenen Neubildungen miliar verstreut sein. — Die eigentlichen Myelitiden sind keineswegs späte Erscheinungen der Syphilis, wie man lange Zeit geglaubt hat; von 74 Fällen, die Savard gesammelt hat, trat die Rückenmarksaffektion 26 mal zwischen dem 6. und 8. Monat nach dem Erscheinen des Schankers auf, 9 mal zwischen 1. und 2. Jahre; die anderen 39 Fälle verteilen sich auf die Zeit zwischen 2 und 25 Jahre nach Auftreten der Sklerose. Die Syphilis maligna praecox wird vom Verfasser eingehend besprochen, soweit sie das Nervensystem ergreift. — Einige Krankengeschichten sind zur Erläuterung beigegeben: 40jähriger Mann acquiriert 1890 eine Sklerose der Mandel. November 1890 Facialisparalyse. Februar 91 trotz spezifischer Behandlung kontinuierliche nächtliche Kopfschmerzen; April 91 Coma. Hemiplegie. August 91 Verlust der sexuellen Empfindung, Inkontinenz und abwechselnd damit Retention des Urins u. s. w. — 20jährige Frau: Januar 1890 Infektion. Juni-Juli 90 dauernde nächtliche Kopfschmerzen. August Abortus. Mai 91 Parese des Augenlids mit Diplopie. Besserung durch spezifische Therapie. September 91 spinale Hemiplegie, darnach Ptosis, Myosis, Diplopie. Stuhl- und Blasenbeschwerden. Besserung durch entsprechende Behandlung. Direkt daran anschliefsend spinale Hemiparaplegie mit gekreuzter Anästhesie (Brown-Séquard). — — Charakterisiert sind diese Fälle durch die Beteiligung des cerebrookularen Systems neben der des Rückenmarks selbst. — Die übrigen hierher gehörenden Affektionen syphilitischer Natur betreffen das Rückenmark allein. Zum überwiegenden Teil sind es Paraplegien. Monoplegien sind selten (nach Gilbert und Lion unter 44 Fällen 4 mal), ebenso Quadriplegien. Gilles de la Tourette unterscheidet akute und chronische Formen. Erstere können ganz urplötzlich einsetzen und sind infolge dessen von bedrohlichem Aussehen, geben aber bessere Heilungsaussichten als die chronischen Fälle, bei denen die Restitutio ad integrum nur ausnahmsweise erfolgt. Die akuten

Fälle endigen gleichwohl oft und zwar oft sehr schnell letal. Unter den chronischen Formen ist eine der bekanntesten Erbs spastische Spinalparalyse (Myelitis transversa syphilitica Charcot), ferner die Tabes spasmotica, Leiden, über deren nähere Symptomatologie Referent auf das Buch selbst verweist. — Den Schlufs der durch erworbene Lues verursachten Rückenmarksleiden bilden die unregelmäfsigen Formen von Myelitis. Die hereditäre Syphilis des Rückenmarks wurde erst seit 1886, nachdem Fournier auf ihre Bedeutung hingewiesen hatte, genügend gewürdigt, sowohl was die Einflüsse der kongenitalen als der tardiven Lues auf die Medulla spinalis anbelangt. Letztere kann zu drei verschiedenen Perioden ergriffen werden — während des intrauterinen Lebens, während der ersten Jugendjahre oder im gereiften Alter — Lues congenitalis — praecox — tarda. Die kongenitalen Fälle zerfallen wiederum in zwei Kategorien, nämlich vor der Zeit oder zur rechten Zeit totgeborene oder solche Kinder, die nur ganz kurze Zeit am Leben geblieben sind, und unter gleichen Zeitbedingungen geborene überlebende Kinder, die Zeichen von syphilitischen Rückenmarkserkrankungen bei der Geburt aufweisen. Die Läsionen, die in Frage kommen, sind hierbei für die totgeborenen Kinder neben interstitiellen Hepatitiden embryonäre Meningomyelitiden, für die lebenden Paralysen, Paraplegien und Spasmen (Littlesche Krankheit). Die Erkrankungen der Medulla bei Lues hereditaria praecox und tarda geben im grofsen ganzen die bei der erworbenen Lues beschriebenen Affektionen wieder. Die Therapie bietet gegenüber der gegen sonstige Zeichen allgemeiner Lues angewendeten keinerlei Besonderheiten: Inunktionen, abwechselnd mit Jodkalium, in dringenden Fällen, wo die Myelitis drohende Erscheinungen macht, subcutane Injektionen. Auch thut der faradische Strom, bei Paralysen nebenbei angewandt, gute Dienste, der konstante Strom bei den spastischen Affektionen. *Hopf-Dresden.*

Die Lehre von der Pellagra. Ätiologische, klinische und prophylaktische Untersuchungen, von Cesare Lombroso. Unter Mitwirkung des Verfassers deutsch herausgegeben von Hans Kurella. (Berlin, 1898. O. Coblentz.) Während die Forschungen des berühmten Turiner Psychiaters auf dem Gebiete der Kriminalanthropologie wegen vieler irrtümlicher Anschauungen nicht die Anerkennung gefunden haben, welche jedes geniale Unternehmen der Grundlegung einer neuen Wissenschaft eigentlich verdient, wird die grofse Bedeutung der langjährigen Arbeiten und Studien Lombrosos über die Pellagra von niemandem bestritten. Es hat sich deshalb der bekannte Übersetzer Lombrososcher Werke H. Kurella ein grofses Verdienst erworben, dafs er das vorliegende, im Jahre 1893 erschienene Werk des italienischen Autors den deutschen Ärzten in einer musterhaften Übersetzung noch zugänglicher gemacht hat, wobei auch die seit 1893 erschienenen Beiträge zur Pathologie der Pellagra Berücksichtigung gefunden haben. — Wer die an erster Stelle stehende elegische Vorrede Lombrosos gelesen hat, der kann, wie der Übersetzer, „nicht ohne Ergriffenheit dieses Werk ins deutsche Publikum wandern sehen." Denn „die Arbeit seiner besten Jahre, die mühsam zur Reife gebrachten Früchte begeisterter und doch unerschütterlich zäher Thätigkeit im Dienste seiner Nation, im Dienste der gedrückten und ausgesaugten Landbevölkerung Italiens" war mit unsäglichen Kämpfen, Anfeindungen und gehässigen Angriffen verbunden. Ibsen habe, so meint der Übersetzer, in seinem „Volksfeind" ein so überraschend ähnliches Schicksal, eine so nahe mit Lombroso verwandte Natur hingestellt, dafs wir in diesem Schauspiele wie in einem Spiegelbilde Schicksal und Ringen des italienischen Forschers wiederfinden.

Im ersten ätiologischen Teile (pag. 1—64) bespricht Verfasser die Verbreitung der Pellagra in Italien, ihren Zusammenhang mit der Maisernährung und teilt die Resultate seiner makroskopischen, mikroskopischen und chemischen Untersuchungen des verdorbenen Mais mit, an welche sich bakteriologische und experimentelle Ver-

suche an Menschen und Tieren anschliefsen. Die mikroskopische Untersuchung des verdorbenen Mehls und Brotes aus Mais zeigte eine Fülle von mykotischen und parasitären Organismen, deren Reinkulturen aber wirkungslos waren, so dafs jede direkte Wirkung derselben auf den Menschen als Ursache der Pellagra auszuschliefsen war. Chemische, durch Extraktion von Alkaloiden gewonnene Präparate ergaben aber, welche tiefen Veränderungen die Anwesenheit dieser Mikroorganismen in fermentiertem und verdorbenem Mais hervorruft. Das von LOMBROSO als „Pellagrozeïn" bezeichnete alkoholische Extrakt und auch das Öl und Fett aus verschimmeltem Maisbrot wirken sehr ähnlich dem Strychnin, was durch eine geistreiche Vergleichung der beiderseitigen Intoxikationserscheinungen bewiesen wird. Die Pellagra erscheint als eine mehr oder weniger „protrahierte Pseudo-Strychninvergiftung". Wo bei der Pellagra die klonischen, paretischen und narkotischen Erscheinungen erheblich über die tetanischen prävalieren, ist das auf das Vorwiegen des zweiten, narkotischen Giftes zurückzuführen, das sich in gröfserer Menge bei weniger stark verdorbenem Mais und in Extrakten aus Ernten kühlerer Jahreszeiten findet. Ob bisweilen aufser diesen toxischen auch putride Substanzen mitwirken, um das klinische Bild der pellagrösen Vergiftung zu komplizieren und schwerer zu gestalten, läfst Verfasser dahingestellt sein. — Die erstaunliche Variabilität des klinischen Bildes der Pellagra bezeichnet LOMBROSO durch die Bemerkung, dafs es bei ihr nicht Krankheiten giebt, sondern nur Kranke.

Von grofsem Interesse sind die Hautaffektionen. Die gewöhnlichste, nie fehlende Störung ist das Erythem, besonders am Handrücken, ferner teleangiektatische Flecken. Nicht selten beobachtete LOMBROSO eine schokoladen- oder bronzebraune Pigmentierung, ferner Verdickungen der Epidermis an Stellen, die früher Sitz eines Erythems gewesen waren (Arme, Hals). Bei manchen Kranken fanden sich zerstreute Epheliden und Chloasmen, besonders an der Stirn und an der Brust; bisweilen gingen dem Auftreten der Chloasmen in jedem Frühling rötliche Flecke im Gesicht voraus. Im Winter waren Schweifse häufig. Die bei Pellagra beobachteten desquamierenden Hautaffektionen entsprechen in ihrer Stärke nicht der Intensität der übrigen Krankheitserscheinungen. Im Venetianischen und in Toskana sieht man oft bei Pellagrösen Erweiterung der Blutgefäfse im Gesicht, besonders an der Nase. Nicht selten zeigt die Haut ekzematöse und herpetische Efflorescenzen. — Verfasser beschreibt dann ausführlich die übrigen bekannten Symptome der Pellagra und betont besonders die auffallende Gegensätzlichkeit in manchen Symptomen, z. B. bald Schläfrigkeit, bald Schlaflosigkeit, bald Mydriasis, bald Myosis etc., was ihm als Hauptbeweis gilt, dafs es sich um eine Intoxikation handelt, und zwar um eine solche des Rückenmarks und der Sympathicusganglien. — Der dritte Teil (pag. 124—154) behandelt die pathologische Anatomie der Pellagra. Der pellagröse Prozefs wirkt in vierfacher Richtung umändernd auf den Organismus ein. Er ruft 1. Reizung und Exsudation hervor in den Hüllen des Nervensystems, in der Leber, den Nieren, der Milz und den unteren Abschnitten des Darms, am meisten aber im Rückenmark und seinen Hüllen. 2. Atrophie und Marasmus in gewissen Organen (Herz, Lunge, Nieren, Milz, Darm, Rippen, Muskeln). 3. Fettdegeneration (Nieren, Leber, Myokard, Gefäfse im Stützgewebe des Rückenmarks und der Nervenzellen). 4. Pigmentdegeneration. Diese ist sehr häufig und läfst die pathologische Anatomie der Pellagra ganz eigenartig erscheinen (braune Atrophie des Herzens, Pigmentierung der Leberzellen, der Hirngefäfse und der Hirn- und Rückenmarkszellen). Seltener findet sich kalkige Degeneration der Hirngefäfse (Ursprung der häufigen psychischen Störungen). — Charakteristisch ist die Tendenz zur vorzeitigen Senilität, daher die Atherome, die zahlreichen Corpora amylacea im Rückenmark und den Sympathicusganglien, die frühzeitige Calvities, die Sklerose und Pigmentose der Haut u. s. w. — In prophy-

laktischer Beziehung werden auf Seite 155—165 die Maſsnahmen erörtert, wie der Mais vor dem Verderben zu schützen ist. — Besonders interessant ist das Kapitel der Therapie (pag. 166—197). Reichliche Diät, besonders Fleischnahrung ist Pellagrösen zuträglich und führt oft zu schneller Heilung. Eisen ist unwirksam. Bei der Pellagra kleiner Kinder gab die einfache Abreibung mit Kochsalzlösungen vorzügliche Resultate. Plumbum aceticum hat nur bei sehr alten Leuten günstig gewirkt. Bei dem Gros der Fälle bewährte sich die arsenige Säure ausgezeichnet, besonders bei Marasmus, beginnender Parese, Sitophobie und bei vagen Psychosen. — Endlich hat Lombroso die Präparate aus verdorbenem Mais als Mittel gegen sehr rebellische Hautkrankheiten wie Ekzem und Psoriasis mit Erfolg in Anwendung gezogen. So wurden von 13 Fällen veralteter Psoriasis 4 durch innere Gaben von 3—60 g Tinktur aus verdorbenem Mais geheilt. Ebenso wurden andere Dermatosen günstig beeinfluſst, nach Campana besonders die katarrhalischen Affektionen der Haut.

I. Bloch-Berlin.

Therapie der Harnkrankheiten. Zehn Vorlesungen für Ärzte und Studierende von Prof. C. Posner. 2. Auflage. (Berlin, 1898. August Hirschwald). Seiner Diagnostik der Harnkrankheiten hatte der bekannte Berliner Urolog eine Therapie folgen lassen, deren zweite Auflage uns vorliegt. Das klar und übersichtlich geschriebene Werk behandelt das versprochene Thema in erschöpfender Weise und zeichnet sich dabei durch eine erfreuliche Kürze und Gedrängtheit aus. In allen Teilen blickt die Erfahrung des gereiften Praktikers durch, der, seine eigenen therapeutischen Erfahrungen in den Vordergrund stellend, von den Behandlungsweisen älterer und neuerer Autoren nur das Anerkannte wiedergiebt. — Ein Dritteil des Buches umfaſst als hauptsächlichste Infektionskrankheit der Harnwege den Tripper, der in seinen Folgen auch in spätere Kapitel übergreift. Die weiteren Abschnitte tragen die Überschriften: Neubildungen im Bereich der Harnwege, Veränderungen des Chemismus, Steinkrankheit, nervöse Funktionsstörungen und Harnvergiftung, während in einem Anhang die gebräuchlichsten urologischen Medikamente mit Indikation und Dosierung Unterkunft gefunden haben. Bei dem als cyklische Infektionskrankheit aufzufassenden Tripper würde die exspektative Behandlung mit Bettruhe, Antiphlogisticis und Diät sicher nach einiger Zeit zum Ziele führen. Doch wollen die Blennorrhoiker sich einer derartigen Therapie bei der allgemeinen Unterschätzung, die der Tripper heute noch im Publikum genieſst, nicht unterziehen, sondern während der Behandlung ihren oft anstrengenden Geschäften nachgehen können. Dieses Bestreben hat zu den Eingriffen mit Medikamenten und Instrumenten in die Harnröhre geführt; von den Medikamenten unterscheiden wir spezifische und adstringierende, die nach Verfasser sich den Rang ablaufen. Prophylaktische Einträufelungen (Blokusewski) sind in ihrem Werte noch nicht genügend bestätigt. Die Abortivbehandlung ist im allgemeinen von zweifelhaftem Nutzen, bloſsen Einträufelungen sind Einpinselungen mit Lapislösungen vorzuziehen. Aus dem übrigen der Blennorrhoe gewidmeten Inhalt möchte ich noch herausheben, daſs Verfasser vor Ablauf der zehnten bis zwölften Woche die Urethra nicht instrumentell zu behandeln rät. Überhaupt empfiehlt er für den chronischen Tripper eine systematisch durchgeführte Bougierung beziehentlich Dilatierung mit anschlieſsender Anwendung schwacher oder nur mäſsig konzentrierter Adstringentien. Für die Strikturen will Posner an Stelle brüsker Dilatationsmethoden, die durch die entstehenden Einrisse Gelegenheit zu sekundären Infektionen geben, eine permanente allmähliche Dehnung angewendet wissen. Zur Reparierung einer Harnröhrenverengerung ist es nötig, daſs die Mucosa mit einer Entzündung der betreffenden Stelle reagiert, die das Narbengewebe in weichere Massen umwandelt. Die verschiedenen Arten der elastischen und starren Sonden, sowie die Dilatatoren vom alten Oberländerschen Instru-

ment bis zum KOLLMANNschen Spüldilatator werden in ihren Indikationen dabei abgehandelt, auch die chirurgischen Eingriffe blutiger Art kurz beleuchtet.

Bei dem Umfang des Buches will ich aus den folgenden Abschnitten nur einige wichtige Bemerkungen herausgreifen. Bei der gewöhnlich als Oxalurie bezeichneten Affektion, bei der reichliche Kalkoxalatkrystalle ausgeschieden werden, haben wir es wahrscheinlich weniger mit einem unter das Kapitel Steinbildung fallenden Vorgang zu thun, als mit in das Gebiet der Neurasthenie fallenden Zuständen, wonach auch die Therapie sich zu richten hat. Bei Blasensteinen giebt die Cystoskopie ein Bild von der Gröfse der Steine und einen Anhalt, ob Aussicht vorhanden ist, das Konkrement etwa in toto durch die Urethra herauszubringen, durch Lithotripsie zu entfernen, oder ob man dasselbe auf andere Weise, was vom Abdomen oder Damm her möglich ist, angreifen soll. Bei den Neurosen der Harnröhre und Blase tritt die lokale Behandlung hinter der allgemeinen zurück. Ja, es ist sogar das richtigste, eine solche örtliche Behandlung abzubrechen, wenn sich das Leiden als auf nervöser Basis beruhend herausstellt. Diese Therapie lokaler Ruhe gilt besonders für Fälle, in welchen nach längeren Entzündungsprozessen und durch instrumentelle Behandlung oft unterhalten eine sensible Reizbarkeit zurückgeblieben ist. Bei thatsächlicher lokaler Erkrankung jedoch ist die Anwendung des WINTERNITZschen Psychrophors, hydrotherapeutischer Mafsnahmen, der Massage und anderer örtlicher Behandlungsmethoden nicht zu entbehren. Mit einem Kapitel über Harnvergiftung, in dem auf den Harnapparat als normalerweise wirksamen Entgiftungsfaktor hingewiesen wird und die aus Störungen desselben entstehenden gefährlichen Folgen abgehandelt werden (Urämie, Eklampsie, Sepsis, Infektion durch unreine Sonden und Katheter), schliefst das Buch nicht, ohne dafs noch der Frage der Sterilisierung der für Blase und Harnwege gebräuchlichen Instrumente eine kurze, zusammenfassende Besprechung gewidmet wird. — Jeder wird das klare Werk mit Interesse studieren.

Hopf-Dresden.

Indikationen und Technik der Harnröhrenblasenspülungen, von RICHARD D'AULNAY. (Paris, 1898. Imprimerie Polyglotte Hugonis.) Der Verfasser vertritt in dieser Abhandlung den Standpunkt, dafs die ausgiebigen Spülungen der Harnröhre und Blase, wie sie seit JANET in die urologische Praxis allgemein eingeführt, vor ihm jedoch schon seit Beginn dieses Jahrhunderts ab und zu angewendet worden sind, alle anderen Methoden der Behandlung gewisser Urethral- und Vesicalleiden, wie sie vor allem die Blennorrhoe repräsentiert, hinsichtlich der Dauer der Krankheit und der Sicherheit der Heilung bedeutend übertreffen. Auch die neuerdings von NEISSER empfohlenen prolongierten Injektionen müfsten hinter den Spülungen an Wirksamkeit zurücktreten. Der Verfasser giebt alle Nachteile dieser zeitraubenden Behandlung, wie sie hinlänglich bekannt sind, wohl zu und erklärt sie für die beste Trippertherapie in der grofsen Stadt. — Die JANETschen Spülungen beseitigen schnell die Schmerzen, die Entzündung und den Ausflufs. Sollen sie aber zu guten Resultaten führen, so ist eine genaue Kenntnis des jeweiligen pathologisch-anatomischen Zustandes der Harnröhrenschleimhaut, ein vorzügliches Instrumentarium, die Beurteilung, welche Lage für den Kranken die jeweilig beste ist und die anatomischen Erwägungen entsprechende Medikation erforderlich. Kontraindikation sind nach Verfasser: Blasenleiden, bei denen antiseptische oder kaustische Lösungen schlecht vertragen werden, Retentionen, akute Entzündungen der Vorsteherdrüse, Samenbläschen und Hoden, Abscesse und Carcinome der Umgebung, Strikturen; submuköse Infiltrationen, falsche Wege, überakute Entzündungen der Urethra und Urethritiden nervöser Leute sind ebenfalls Affektionen, die die Spülungen ausschliefsen. Letztere Kontraindikation werden die deutschen Urologen kaum in dieser Ausdehnung anerkennen. (D. Ref.) *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Zur Histologie der Haut. Die Fettsubstanz der Hornschicht der Epidermis beim Menschen und den Säugetieren, von Ranvier. (Akad. d. Wiss.; Sitzung v. 5. Dez. 1898.) In seinem Lehrbuch der Histologie hatte R. behauptet, dafs das Stratum corneum mit Fett infiltriert sei. Dieses Epidermisfett ist gelblich und bei gewöhnlicher Temperatur fest. Konsistenz und Plasticität kommen derjenigen des Wachses gleich. Wie das Bienenwachs schmilzt es bei ungefähr 36°. Die Zellen der Hornschicht sind keineswegs, wie man es bisher geglaubt, ausgetrocknete, schuppenartige Gebilde, sondern durch gegenseitigen Druck deformierte Blasen mit resistenter Umhüllung und wachsartigem Inhalt. Der ganze Körper ist somit von einem schützenden Firnis überzogen, dessen Festigkeit und Biegsamkeit sich mit nichts anderem vergleichen läfst. (*Presse méd.* 1898. No. 102.) *C. Müller-Genf.*

Rote, blonde und braune Haare. (*Revue scient.* 10. Dez. 1898.) Ein englischer Arzt hat konstatiert, dafs die roten Haare weniger leicht ausfallen als die andersfarbigen und zwar, nach seiner Ansicht, aus folgendem Grunde: die roten Haare sind viel dicker, so dafs deren 30000 genügen, um den Kopf eines Rothaarigen vollständig zu bedecken, während im Mittel 105000, d. h. das Dreifache, notwendig sind um ein braunfarbenes Haupt anständig zu beschatten. Blonde Individuen weisen meist eine Gesamtzahl von 140—150000 Haaren auf. *C. Müller-Genf.*

Mikroskopische Technik.

Eine zuverlässige Bindegewebsfärbung, von Fr. C. C. Hansen. (*Anatom. Anzeiger.* 1898. No. 9.) Folgende Methode giebt eine sichere Bindegewebsfärbung: Stammlösung: 100 ccm kalt gesättigter Pikrinsäurelösung in Wasser mit 5 ccm einer 2%igen wässerigen Säurefuchsinlösung. Diese Stammlösung ist dunkel aufbewahrt unbegrenzt haltbar. 1. Einlegen des Schnittes für 1—20 Minuten in 3 ccm der Stammlösung unter Zusatz von 1/3 Tropfen 2%iger Essigsäure; 2. schnelles Abspülen nach Absaugen der überschüssigen Färbflüssigkeit vom Schnitte mittelst Filtrierpapier in 3 ccm Aq. destill., dem 2 Tropfen der angesäuerten Farblösung zugefügt sind; 3. Übertragen in 5 ccm 96%igen Alkohols unter Bewegung des Schnittes in demselben; nach 1 Minute Wechseln des Alkohols und weitere 2 Minuten darin lassen; 4. Entwässerung für 2—5 Minuten in Alkohol absolutus, der auch während der Zeit einmal gewechselt wird; 5. Xylol, einmal gewechselt; 6. Xylol-Canadabalsam. — Das Bindegewebe erscheint leuchtend rot, alles übrige (auch das Elastin) gelb. Vorfärbung mit Kernfarben ist möglich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Bakteriologie.

Über die Färbbarkeit des Gonococcus und sein Verhalten zur Gramschen Methode, von M. Weinrich. (*Centralbl. f. Bakt.* 1898. No. 6 u. 7.) Verfasser resumiert: 1. Die originale Gramsche Methode der Gonokokkenfärbung ist differential-

diagnostisch absolut sicher und als einwandsfrei allen Modifikationen vorzuziehen, sofern die Präparate nur mit Alkohol absolutus entfärbt und die Anwendung von Wasser streng gemieden wird. 2. Bei der Verwendung der Ehrlichschen Gentianaviolettlösungen ist lediglich die Abspülung mit Wasser nach der Färbung mit Ehrlichscher Lösung und Behandlung mit Jodjodkalium, sowie die Verwendung verdünnten Alkohols Schuld an den unsicheren Resultaten. 3. Die $2^1/_2$%ige Karbolwasser-Gentianaviolettlösung von E. Fraenkel ist dem Ehrlichschen Anilin-Gentianaviolett gleichwertig, aber haltbarer. 4. Die Anwendung von $^1/_8$ Aceton-Alkohol oder Salzsäure- resp. Salpetersäure-Alkohol zur Entfärbung bedingt Irrtümer. 5. Zur Nachfärbung geeignet ist Bismarckbraun (Aq. dest. 70,0 erhitzt + Bismarckbraun 3,0 + 96% Alkohol 30,0), kalt angewendet. 6. Man verfährt also folgendermafsen: Fixieren; 1—3 Minuten in Ehrlichs Anilin-Gentianaviolett oder Karbol-Gentianaviolett; ohne abzuspülen 1—3 Minuten Lugolsche Jodjodkaliumlösung; ohne abzuspülen 1—$1^1/_2$ Minuten in Alkohol absolutus, bis der abtropfende Alkohol farblos ist; Abspülen des absoluten Alkohols in Wasser; Nachfärben mit Bismarckbraun. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Hygiene.

Die hygienischen Mafsregeln gegen die Prostitution, von E. Pontoppidan. (*Ugeskrift for Læger.* 1898.) Behandelt einen Vorschlag zur Ordnung der Visitation und Hospitalbehandlung unter einheitlicher Leitung und mit gemeinsamer Listenführung. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Zur Verbreitung der venerischen Krankheiten in Kiel, von H. Wullenweber. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 49.) In Kiel hat wie anderorts die Polizei das Bestreben, die unter Kontrolle stehenden Frauenzimmer möglichst zu konzentrieren, indem sie sie veranlafst, in einer bestimmten Strafse des alten Stadtteils zu wohnen. Jede der eingeschriebenen Prostituierten wird zweimal wöchentlich vom Polizeiarzte untersucht. Im Falle einer Erkrankung wird sie dem städtischen Krankenhause überwiesen. Ebenso findet von Seiten des Polizeiarztes eine regelmäfsige Untersuchung aller aufgegriffenen Frauenzimmer statt, die ebenfalls im Falle einer venerischen Erkrankung dem städtischen Krankenhause, welches einen eigenen Pavillon für venerische Frauen besitzt, zugeführt werden. — Die Statistik der Krankheitsfälle unter den Prostituierten wird nach Verfasser am besten so gehandhabt, dafs man die Anzahl der Erkrankungen bezieht auf die Anzahl der untersuchten Frauenzimmer selbst. Nur so gewinnt man ein richtiges Bild über die Häufigkeit der Erkrankungen unter ihnen. Die sicherste Art der Berechnung geschieht entschieden auf Grund des von Sperk vorgeschlagenen Verfahrens, der für jede Prostituierte individuelle Zählkarten eingeführt wissen will. Aber auch ohne dies dürfte man zu zuverlässigen Resultaten kommen, wenn man nur Zu- und Abgang ausreichend berücksichtigt. Verfasser hat für Kiel ein ähnliches Verfahren befolgt wie Bergh für Kopenhagen, der in den Berichten des Vestre-Hospitals den Bestand der Prostituierten am Beginne eines jeden Jahres nennt und dazu alle im Laufe des Jahres Eingetretenen addiert. — Verfasser legt dann die Gründe dar, weshalb nach den Journalen des städtischen Krankenhauses die Anzahl der Venerischen geringer, die der Syphilitischen gröfser ist als nach den Listen des Polizeiarztes. Dies kommt daher, dafs die krank befundenen Prostituierten zwar polizeilich angewiesen werden, sich zur Behandlung ins städtische Krankenhaus zu begeben, aber nicht zwangsweise überführt werden, so dafs ein Teil es vorzieht, Kiel zu verlassen. Anderseits traten aber bei an Blennorrhoe oder weichem Schanker

leidenden Individuen oft nachträglich auf dem städtischen Krankenhause Symptome latenter Syphilis hervor. — Für die öffentliche Prostitution in Kiel stellten sich in den Jahren 1894—97 die Verhältnisse wie folgt:

Jahre	Anzahl der Prostituierten	Anzahl der vener. Erkrank.	Anzahl der syphilit. Erkrank.
1894—95	194	132 = 68,0%	20 = 10,3%
1895—96	228	78 = 34,2%	18 = 7,9%
1896—97	208	77 = 37,0%	13 = 6,3%
Für die geheime Prostitution:			
1892—93	265	138 = 52,1%	31 = 11,7%
1893—94	311	118 = 37,9%	47 = 15,1%
1894—95	428	169 = 39,5%	67 = 15,2%
1895—96	565	212 = 37,5%	60 = 10,6%
1896—97	504	247 = 49,0%	86 = 17,6%

Die folgende Tabelle belehrt darüber, wie viele syphilitische Erkrankungen sich befanden unter 100 auf dem städtischen Krankenhause wegen venerischer Affektionen behandelten Frauenzimmern:

Jahre	Öffentliche Prostitution	Geheime Prostitution
1892—93	8,3 Fälle	22,5 Fälle
1893—94	14,7 „	39,8 „
1894—95	19,2 „	39,2 „
1895—96	25,7 „	28,3 „
1896—97	19,7 „	34,8 „

Aus den genannten Ziffern ergiebt sich, dafs in den beobachteten Jahren die geheime Prostitution stets zahlreichere syphilitische Erkrankungen aufzuweisen hat als die öffentliche; auch in den übrigen Genitalerkrankungen bieten die kontrollierten Dirnen günstigere Verhältnisse dar. — In der Regel trifft man bei den kontrollierten Dirnen nur frühe und weniger schwere Krankheitsformen an im Gegensatze zu späteren und infektiöseren bei der geheimen Prostitution. So scheint der Primäraffekt — ein Beweis für den Vorteil der Kontrolle — bei den öffentlichen Prostituierten häufiger zur Beobachtung zu kommen, während das Vorkommen der Schleimpapeln zu variabel bei beiden Kategorien ist, als dafs man zu irgend einem Schlusse berechtigt wäre. Dagegen giebt in Beziehung auf die breiten Kondylome (auf 100 bezogen) Verfasser folgende Tabelle:

Jahre	bei öffentlichen Prostituierten	bei geheimen Prostituierten
1892—93	in — Fällen	in 67,7 Fällen
1893—94	„ 20,0 „	„ 63,0 „
1894—95	„ 42,1 „	„ 87,7 „
1895—96	„ 55,6 „	„ 83,3 „
1896—97	„ 46,1 „	„ 77,9 „

Es kommen also die breiten Kondylome bei den nicht kontrollierten Prostituierten sehr viel häufiger und zahlreicher vor als bei den unter Kontrolle stehenden. Der Procentsatz der syphilitischen Hautausschläge war bei beiden Kategorien ungefähr derselbe; so kamen auf 100 syphilitische ca. 30 mit Exanthemen behaftete Frauenzimmer. — — Als Hauptergebnis seiner Untersuchung stellt Verfasser folgende Sätze auf: Was die Zahl der syphilitischen Erkrankungen angeht, so bietet die kontrollierte Prostitution in Kiel entschieden günstigere soziale Verhältnisse dar als die

geheime, nicht kontrollierte Prostitution. — Ebenso ist die Intensität der Krankheiten bei der kontrollierten Prostitution geringer als bei der geheimen, also die Ansteckungsgefahr bei der geheimen stärker als bei der kontrollierten. *I. Bloch-Berlin.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Wann kann man den Blennorrhoiker als geheilt betrachten? von Delefosse. (*Journ. des prat.*) Verfasser warnt vor der Anwendung der sog. Neisserschen Reaktion, welche darin besteht, daſs man den Patienten Bier trinken läſst, ihm einige Tropfen konzentrierter Argentum nitricum-Lösung in die Harnröhre träufelt, Sonden einführt etc. Diese Methode nütze nicht nur nichts, sondern wirke geradezu schädlich. D. verfährt folgendermaſsen: Sind die Tripperfäden im Urin spärlich geworden, kurz und schwimmen sie oben auf, statt sich auf dem Boden des Glases abzusetzen, so untersucht er den Patienten am Morgen bei voller Blase, tastet die Prostata gründlich ab, indem er einen gleichmäſsigen Druck darauf ausübt, streicht dann äuſserlich die Harnröhre ab und untersucht die am Meatus erscheinende Flüssigkeit; endlich wird die Harnröhre bis zu einer Tiefe von 5—6 cm von hinten nach vorn ausgeschabt und das Produkt ebenfalls mikroskopisch untersucht. Ergiebt diese Untersuchung ein negatives Resultat, so läſst D. den Patienten eine Woche lang Bier und Champagner (!) trinken, Velociped fahren, angestrengte Märsche ausführen. Nun wird das Harnröhrensekret nochmals morgens untersucht, und findet sich auch diesmal nichts Verdächtiges darin, so wird 14 Tage darauf der Coitus erlaubt. *C. Müller-Genf.*

Die mikrobischen Associationen bei der Urethritis blennorrhoica und ihre Beziehungen zur Intensität der lokalen Reaktion, von Valerio. (*Rif. med.* 1898. No. 140—142.) Neben dem Gonococcus wurden in den 6 untersuchten Fällen auſserdem der Staphylococcus pyogenes aureus und albus und das Bacterium coli nachgewiesen. Meerschweinchen einverleibt führen diese Mikroorganismen zu Störungen in den thermoregulatorischen Centren und in den Funktionen des Herzens und der Atmungsorgane. Diese Störungen sind jedoch nur leichter und vorübergehender Art in den Fällen, wo die inokulierten Pilze subakuten Blennorrhoen angehören, schwerer, wenn es sich um akute Fälle handelt. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Stomatitis blennorrhoica, von Jesionek. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 61. Bd., Heft 1 u. 2.) Verfasser schildert in extenso einen Fall, der das Vorkommen einer Stomatitis blennorrhoica zu beweisen scheint. Der an akuter Blennorrhoe und doppelseitiger Ophthalmoblennorrhoe leidende Patient erkrankte an Entzündung der Kiefergelenke, dabei fiel dann auch auf, daſs der Mund sich schlecht öffnen lieſs, daſs Schwellung der Zunge und kolossaler Foetor ex ore bestand. Die Schleimhaut der Zunge und der Wange erwies sich als bedeckt mit grauweiſsen papulösen Flecken, mit zähem fadenziehenden Speichel, das Zahnfleisch war livid verfärbt; unter der Zunge entstand eine Geschwulst; als Patient den Mund nach Entleerung derselben wieder öffnen konnte, zeigte sich, daſs aus den Ausführungsgängen der Glandula sublingualis eitriges Sekret quoll. In diesem sowie in dem von der Zunge abgestrichenen Sekret fanden sich reichlich Gonokokken. Die Diagnose wurde durch die Färbung (Gram, Steinschneider) und durch das Kulturverfahren bestätigt. Der Verlauf der Erkrankung war ein günstiger, es erfolgte vollständige Restitutio ad integrum, speziell die Munderkrankung lief unter antiseptischen Ausspülungen auffallend rasch ab und heilte vollständig ohne Hinterlassung von Narben. *F. Hahn-Bremen.*

Über Blennorrhoea recti, von Alfred Huber. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 25—28.) Verfasser resümiert: 1. Die Rectalblennorrhoe ist speziell bei Prostituierten eine relativ sehr häufige Schleimhauterkrankung, die einen der Urethralblennorrhoe analogen Vorgang repräsentiert, in den meisten Fällen subakut oder chronisch verläuft und manchmal zu Komplikationen führt. 2. Von allen an Blennorrhoe erkrankten Prostituierten leidet wenigstens ein Viertel gleichzeitig an Rectalblennorrhoe. 3. Die Diagnose einer Rectalblennorrhoe soll ausschliefslich auf Grund des positiven mikroskopischen Befundes geschehen. 4. Die mikroskopische Untersuchung soll in jedem einzelnen Falle wenigstens dreimal vorgenommen werden, da unsere Erfahrungen dafür zeugen, dafs man die Gonokokken von sämtlichen an Rectalblennorrhoe erkrankten Individuen nur bei 66% gleich während der ersten Untersuchung vorfindet. 5. Die Rectalblennorrhoe entsteht in 87,1% der Fälle durch Autoinfektion und zwar um so leichter, je akuter die Blennorrhoe und je mehr Organe von ihr ergriffen sind. 6. Ein Teil isolierter Rectalblennorrhoe mufs als nach Ablauf der Urogenitalblennorrhoe chronisch fortbestehendes Leiden aufgefafst werden. 7. Bei Prostituierten entsteht die Rectalblennorrhoe in der Hälfte aller Fälle bei solchen Individuen, die höchstens ein Jahr der Prostitution ergeben sind. 8. Meistens entwickelt sich die Rectalblennorrhoe schleichend ohne subjektive Beschwerden. 9. Schleimhautgeschwüre sind sehr selten. 10. Komplikationen kommen nur in 1,1% der Fälle vor; meistens handelt es sich um eine Periproctitis. 11. Die Periproctitis ist nicht als Mischinfektion aufzufassen. 12. Ein Teil der im Anschlufs an Rectalblennorrhoe entstehenden Abscesse sind Pseudoabscesse, analog den Jadassohnschen Pseudoabscessen in der Urethra. 13. Von grofser Bedeutung für die Entstehung der Rectalstriktur ist die Follikulitis und Perifollikulitis. 14. Der rein blennorrhoische Prozefs greift im Rectum nie tiefer als bis zur Mucosa muscularis. 15. Die Rectalblennorrhoe dauert in den meisten Fällen monatelang; sie heilt um so schwerer, je mehr Komplikationen sich hinzugesellen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Mantegazza gelang es in **zwei Fällen von Proctitis blennorrhoica und aus dem Eiter eines periurethralen Abscesses Reinkulturen von Gonokokken** zu gewinnen. Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs sich der Gonococcus nicht allein auf der Schleimhaut des Anus und Rectums lokalisieren kann, sondern auch zuweilen in die Submucosa eindringt, indem er von den zahlreichen Drüsen in der Umgebung des Anus aus eindringt und Follikulitiden und Perifollikulitiden veranlafst, welche den mit Abscessen in der Umgebung der Urethra identisch sind. *C. Müller-Genf.*

Noch einmal der Rheumaticus blennorrhoicus, von Gläser. (*Allg. med. Centralztg.* 23. April 1898.) In einer höchst satirischen, an Ausfällen reichen Arbeit wendet sich Gläser gegen die neueren Arbeiten, welche einen blennorrhoischen Rheumatismus als eine besondere Erkrankung aufstellen. *F. Hahn-Bremen.*

Einen Fall von Ischias blennorrhoica demonstriert Lesser in der Gesellschaft der Charité-Ärzte. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 25.) Ein Patient, anfangs September infiziert, kommt 5 Wochen später wegen einer Epididymitis in die Charité. Eine Woche nach Heilung derselben stellen sich unter lebhafter Temperatursteigerung heftige Schmerzen im rechten Beine ein. Druck auf den Ischiadicus neben der Tuberositas ossis ischii war aufserordentlich schmerzhaft. Nach 3 Wochen Besserung. — Ähnliche Fälle, in denen der Zusammenhang der Ischias mit der Blennorrhoe noch eklatanter war, werden citiert. Gewöhnlich ist gleichzeitig Tripperrheumatismus vorhanden. Neuralgien bei Blennorrhoe sind auch im Pudendus externus, Ileoinguinalis, Cruralis beobachtet. Es beruhen dieselben, wie die andern blennorrhoischen Nerven-

affektionen, wohl auf Metastasen bei Allgemeininfektion mit Gonokokken. — Das Fieber bei der Ischias zeigt einen intermittierenden Charakter, während es bei der Epididymitis remittierend ist. Auch bei anderen Fällen blennorrhoischer Allgemeininfektion ist das Fieber intermittierend; die Epididymitis ist als per continuitatem entstandenes Leiden aufzufassen. Das intermittierende Fieber ist vielleicht auf die Empfindlichkeit der Gonokokken gegen höhere Temperaturen zurückzuführen. Die Gonokokken produzieren fiebererregende Toxine, bis die Temperatur eine gewisse Höhe erreicht, dann ist ihre Thätigkeit lahm gelegt. Sie beginnt aber wieder, sobald die Temperatur gesunken. — Heyse macht auf den Zusammenhang von Ischias und Prostatitis aufmerksam. Er fragt, ob letztere ausgeschlossen war, was Lesser bejaht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Endocarditis blennorrhoica, von Sieghein. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 34. Bd., Heft 5 u. 6.) Verfasser berichtet über einen Fall von typischer Endocarditis blennorrhoica bei einer Frau, die kurz vorher von ihrem ebenfalls an frischer Blennorrhoe erkrankten Manne infiziert worden war. Die auf Grund der klinischen Symptome gestellte Diagnose wurde durch die Sektion vollauf bestätigt (Endocarditis proliferans ulcerosa valv. aortic.). — Die mikroskopische Untersuchung der von den endokarditischen Auflagerungen hergestellten Schnitte und Abstrichpräparate wies Diplokokken mit allen charakteristischen Kennzeichen von Gonokokken nach (semmelförmige Form, endocelluläre Lagerung, Entfärbung nach Gram, sowie mit Alkohol und Lavendelöl). — Dagegen blieben sämtliche mit dem Blute angelegten, sowie solche durch Abstrich aus der Mitte der endokarditischen Auflagerungen gewonnenen Kulturen steril. Da aber nachgewiesen ist, dafs der Gonococcus nur innerhalb einer ganz beschränkten Temperaturbreite gedeiht, so erklärt es sich, dafs bei der mit hohen Temperaturen einhergehenden ulcerösen Form der Endocarditis blennorrhoica die bis jetzt angestellten Züchtungs- und Übertragbarkeitsversuche in den meisten Fällen negativ ausgefallen sind. — Verfasser schliefst seine Arbeit mit den Worten: „Wir wissen, von welch' eingreifenden Störungen des ganzen Organismus eine Blennorrhoe begleitet sein kann; die Zahl der im Gefolge von Blennorrhoe eingetretenen Todesfälle mehrt sich von Jahr zu Jahr. Um so mehr haben wir Ärzte die Pflicht, jeden Fall von Blennorrhoe mit dem der Sachlage entsprechenden Ernst zu behandeln, die Patienten wenn möglich Bettruhe einhalten zu lassen und von allen den Mafsnahmen Gebrauch zu machen, die uns die moderne Therapie in so reicher Mannigfaltigkeit an die Hand gegeben hat."

I. Bloch-Berlin.

Über die Abhängigkeit des Tripperverlaufes von dem Sitz der Gonokokken, von B. Drobni. (*Med. Obosrenje.* Juli 1898.) Verfasser stimmt auf Grund seiner Sekretuntersuchungen von Tripperfällen Prof. Podres in Charkow bei, welcher bereits im Jahre 1885 darauf hingewiesen hat, dafs der akute Tripper schwerer verläuft und häufig Komplikationen erleidet, wenn sich die Gonokokken im Sekretpräparat vorwiegend aufserhalb der Eiterzellen finden. Infolge eigener derartiger Erfahrungen bei 77 Tripperfällen, von denen 21 Komplikationen erlitten, glaubt D. ebenfalls mit ziemlicher Gewifsheit aus dem Sitz der Gonokokken den Verlauf des Trippers vorher bestimmen zu können und sieht die Fälle mit vorwiegender Lagerung der Gonokokken aufserhalb der Leukocyten als ein „Noli me tangere" für die lokale Behandlung an. Um ein künstliches Zersprengen der Eiterzellen zu vermeiden, rät Verfasser, das mit Eiter beschickte Deckgläschen nicht an einem andern abzuziehen, sondern den Eiter vorsichtig mit feinem Papier auf dem Deckgläschen zu verteilen.

Jordan-Moskau.

Über die Bedeutung der Gonokokken für Diagnose und Therapie der Blennorrhoe beim Weibe, von A. Neisser. (*Centralbl. f. Gynäk.* 1896. No. 42.) Die

Arbeit enthält nur zahlreiche, einem Vortrage auf der Frankfurter Naturforscherversammlung zu Grunde liegende Thesen, welche sich in einem kurzen Referat nicht wiedergeben lassen und im wesentlichen die bekannten, extrem bakteriologischen Anschauungen des Verfassers verteidigen. — In dem gegen SAENGER gerichteten Schlufswort bemerkt NEISSER, dafs „für die ganze Frage der Blennorrhoelehre, Blennorrhoediagnostik, Blennorrhoetherapie und Blennorrhoeprophylaxe der Gonokokkenstandpunkt stets sicherer und leichter, sehr oft sogar allein zum Ziele führt." „Der klinische Standpunkt SAENGERS ist wissenschaftlich von höherem Interesse, aber wir brauchen ihn — ich möchte fast sagen „glücklicherweise" — nicht mehr, wenn wir mikroskopieren können." NEISSER erklärt die „atypischen, schleichenden" Infektionen bei Frauen durch direkte Cervixinfektion und betont am Schlufs, dafs die blennorrhoische Erkrankung wesentlich eine epitheliale sei. *I. Bloch-Berlin.*

Beiträge zur Kenntnis der Biologie des Gonococcus, von T. LAITINEN. (*Centralbl. f. Bakt.* 1898. No. 20.) Unter den zur Gonokokkenzüchtung dienenden Nährböden giebt Verfasser den Cysten- und Ascitesflüssigkeiten, mit Bouillon und Agar vermischt, den Vorzug. Dabei ist eine Alkalescenz dieser Flüssigkeiten von 12 bis 25 ccm normaler Natronlauge pro mille für die Züchtung am geeignetsten. Der Agar wurde nach dem KIEFERschen Recept bereitet. — Während des ersten Tages tritt in den Kulturen Säurebildung ein, später eine allmählich zunehmende Alkalescenz, die aber auch wieder abnimmt. — Zum Erhalten von Toxinen wurde der Gonococcus in grofsen Kolben mit breiter Luftfläche kultiviert, wobei reichliche Entwickelung zu stande kam. Ferner versuchte Verfasser Gonococcus-Toxin durch Abdunstung, Fällung mit Ammoniumsulfat und Alkohol zu konzentrieren. Endlich sind von Ascitesagarkulturen die Bakterienleiber abgeschabt, in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt worden und danach sterilisiert. — Die Tierversuche ergaben: Reichlich gewachsene, sterilisierte Gonococcuskulturen wirken auf Kaninchen in geringem Grade toxisch ein, dieselben rufen sowohl eine lokale wie allgemeine Reaktion hervor. Der toxische Stoff scheint nahe mit den Bakterienleibern verbunden zu sein. *I. Bloch-Berlin.*

Zur Färbung des Trippersekrets mit Anilinfarbengemischen, von A. LANZ. (*Med. Obosrenje.* Juli 1898.) LANZ empfiehlt zur Färbung der Gonokokken ein Gemisch von Thionin und Fuchsin und zwar im Verhältnis von 4 : 1. Diese Lösung mufs ex tempore hergestellt werden, was aber keine Weitläufigkeiten bereitet, da man eine gesättigte Thionin- und Fuchsinlösung in 2%iger wässeriger Karbolsäurelösung vorrätig halten kann und dieselben nur in dem angegebenen Verhältnis miteinander zu vermischen braucht. Zur Färbung genügt schon im Durchschnitt ¼—½ Min. Dann spült man in Wasser ab und kann das Präparat unter dem Mikroskop besehen oder schliefst dasselbe nach dem Abtrocknen noch in Canadabalsam ein. Da die Gonokokken nur das Thionin, das Zellprotoplasma das Fuchsin und die Kerne beides annehmen, so heben sich die blau gefärbten Gonokokken scharf von dem hellroten Grunde ab und lassen sich sowohl von den bläulich-roten Kernen als auch dem roten Protoplasma der Eiterzellen gut unterscheiden. *Jordan-Moskau.*

Behandlung des akuten Trippers beim Manne, von PEDERSEN-New York. (*Philadelphia Med. Journ.* 13. Aug. 1898.) Die Aufgaben bei der Behandlung der Blennorrhoe sind dreifach: 1. die Beseitigung der ätiologischen Mikroorganismen, 2. die Beseitigung der Entzündung und 3. die Wiederherstellung der alten Verhältnisse auf der Schleimhaut. Für die erste Forderung ist Protargol das beste Mittel, nach dessen Gebrauch PEDERSEN die Gonokokken der akuten Blennorrhoe binnen 48 Stunden verschwinden sah. Protargol mufs jedoch 3—4 Wochen lang angewendet werden, mit

allmählich immer wachsenden Pausen. Für Mischinfektionen der Harnröhre empfiehlt Verfasser Argonin, für rein arteficielle und nicht blennorrhoische Urethritiden Sublimat und Kaliumpermanganat. Die entzündlichen Erscheinungen werden am besten beseitigt durch Injektionen der bekannten Adstringentien; alle Lösungen sollen bei stark geschwollenen Schleimhäuten so heifs wie möglich gebraucht werden. Die dritte Forderung wird am ehesten durch Silbernitratlösungen erfüllt. Die Protargolinjektionen bei akuten Fällen müssen, wenn die Gonokokken verschwunden sind, mit adstringierenden Lösungen abwechseln; letztere müssen schliefslich das Protargol verdrängen. Besondere Neuigkeiten bietet die Abhandlung nicht. *Hopf-Dresden.*

Diskussion zu dem Vortrage des Herrn Dr. Keilmann: **Erfahrungen über die Verhütung der Blennorrhoea neonatorum,** von A. Neisser. (Med. Sekt. d. Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur, Sitzung vom 1. Febr. 1898.) Neben dem Credéschen Verfahren hält Neisser die Küstnersche Methode der Reinigung des äufseren Auges (Abwischen der Gonokokken bergenden Vernix caseosa vor dem Öffnen der Augen) für ebenso gut, warnt aber vor schlechter Anwendung beider (zu schwache Lösung bei Credé, zu spätes Vorgehen bei Küstner). Bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen spielt hauptsächlich die Infektion durch das Badewasser eine Rolle. *I. Bloch-Berlin.*

Über Blennorrhoe der Kinder, von M. Dobrovics. (*Gyógyászat.* 1897. No. 3.) Verfasser berichtet über drei Fälle: I. Fall: Ein 4jähriger Knabe hatte einen Gonokokken enthaltenden Ausflufs aus der Harnröhre, zu dem sich in kurzer Zeit eine rechtsseitige Nebenhodenentzündung gesellte. Nach 12 Tagen ging die Epididymitis zurück, worauf sich eine linksseitige Kniegelenksentzündung entwickelte. Tage hindurch bestand Fieber bis zu 39,5°. II. Fall: Ein 2½jähriges Mädchen, das bereits seit längerer Zeit an einem eitrigen Ausflufs aus der Scheide litt, bekam plötzlich nach einem längeren Spaziergang unter Fieberfrost (39,4°) und Brechreiz Schmerzen in den Bauchdecken der Unterleibsgegend und Urinretention. Der vulvovaginale Eiter enthält massenhaft Gonokokken. Auf Ichthyol und Zinc. sulfocarbol.-Einspritzungen gingen die Erscheinungen zurück. Diagnose: Blennorrhoea vulvae et vaginae, Endometritis blennorrhoica. III. Fall: Ein 6jähriges Mädchen hatte bereits seit Wochen einen Ausflufs aus der Vagina, welchem aber keine Bedeutung zugemessen wurde; erst nachdem im rechten Sprunggelenke eine heftige Gelenkentzündung auftrat, wurde das Kind der Spitalsbehandlung übermittelt. Nebstdem traten in der rechten Inguinalgegend Lymphdrüsenentzündungen auf, welche sich auf Umschläge zurückbildeten. Über der Herzspitze wurde bei 40° hohem Fieber ein systolisches Geräusch gehört. Diagnose: Vulvovaginitis blennorrhoica, Adenitis inguinalis, Arthritis und Endocarditis blennorrhoica. Auf lokale Behandlung gingen die Erscheinungen im Verlaufe von 3 Monaten zurück. — Verfasser veröffentlichte diese Fälle, um einerseits einen Beitrag zu liefern zu der heute bereits bekannten Thatsache, dafs die Blennorrhoe nicht blofs eine lokale Erkrankung ist, sondern auch zur Allgemeininfektion führen kann. Anderseits beweist die Anamnese dieser Fälle, dafs in Ärztekreisen der blennorrhoischen Erkrankung noch immer nicht die richtige Sorgfalt gewidmet wird. Prophylaktisch müfste das Dienstbotengesetz strenge gehandhabt werden, und in solchen Fällen, wo Bonnen, Kindermädchen oder Gouvernanten die Vermittler der Blennorrhoe waren, müfste der Arzt von dem Schwure der Geheimhaltung enthoben werden. *A. Alpár-Budapest.*

Behandlung der Blennorrhoe der Kinder, von Janet. (*Journ. de Méd. de Paris.*) In Anbetracht des Umstandes, dafs beim Kinde die urethro-vulvären Drüsen viel weniger stark entwickelt sind als beim Weibe, ist die Blennorhoe bei ersterem

auch leichter zu behandeln. Der häufigste Sitz ist die Vulva und Vagina, viel seltener sind Urethra und Rectum und nur ganz ausnahmsweise der Uterus und seine Adnexa befallen. Zur Behandlung der vaginalen Bennorrhoe wird die Scheide mittelst einer kurzen und feinen NELATONschen Sonde — No. 9 der CHARRIÈREschen Skala — und 0,5 ‰ Kal. permang.-Lösung ausgespritzt, und zwar in der ersten Zeit zweimal täglich; diese Behandlung kann in den einfachen Fällen den Angehörigen anvertraut werden. Die Harnröhrenblennorrhoe wird in derselben Weise behandelt, man verwendet aber dazu eine schwächere Lösung — 0,25 ‰. — Diese Injektionen werden nur einmal täglich vorgenommen und sistiert, sobald die Harnröhre desinfiziert erscheint. *C. Müller-Genf.*

Über 50 Fälle von Harnröhrenblennorrhoe bei Mädchen, von R. PANICHI. (*Settimana med. d. Sperimentale.* 1898. No. 25.) Verfasser erklärt, daſs die Fälle von Blennorrhoe im Kindesalter weit häufiger sind, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist. Dabei braucht bei weitem nicht stets Notzucht im Spiele zu sein; im Gegenteil sind die Fälle viel häufiger, wo die Infektion auf anderen Wegen zu stande kam: Blennorrhoe der Eltern, Ansteckung in Schulen, Bädern, Spitälern etc. Jedenfalls ist bei Vorhandensein eines reichlichen, dicken Vaginalausflusses, zumal bei Beteiligung der Urethra am Prozesse stets in erster Linie an eine blennorrhoische Infektion zu denken, auch wenn jede Spur von Verletzung der äuſseren Genitalien vollständig fehlt. Natürlich wird durch den Nachweis des NEISSERschen Gonococcus jeder Zweifel gehoben. *C. Müller-Genf.*

Zur Diagnose der Blennorrhoe beim Weibe, von P. BROESE und H. SCHILLER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 26—29.) Auf Grund sehr sorgfältiger und gründlicher Untersuchung und Beurteilung von 210 Fällen chronischer Blennorrhoe des Weibes kommen die Verfasser zu folgenden Schlüssen: „Die These NEISSERS: „In allen chronisch verlaufenden Fällen von weiblicher Blennorrhoe kann nur der Gonokokkennachweis zur Diagnose führen", ist nicht richtig. Die Diagnose der chronischen Blennorrhoe des Weibes basiert vor allem auf der Berücksichtigung der gleichzeitigen Erkrankung verschiedener Partien des weiblichen Genitalkanals. Die chronische Urethritis ist das sicherste Zeichen der chronischen Blennorrhoe; unsichere Zeichen sind die übrigen Affektionen des Scheideneinganges und der Scheide; sie werden aber pathognomisch für chronische Blennorrhoe, sobald sie kombiniert sind mit Erkrankungen des Uterus und der Adnexe. Schwierig, oft unmöglich, ist es zu entscheiden, ob der chronische Uteruskatarrh, wenn keine blennorrhoische Erkrankungen anderer Partien des Sexualorganes ihn begleiten, auf Blennorrhoe beruht oder nicht. Das kombinierte Auftreten von Uteruskatarrh und entzündlicher Adnexerkrankung spricht in der Regel für Blennorrhoe". Diese Ergebnisse bestimmen die Verfasser, der mikroskopischen Untersuchung der Sekrete eine untergeordnete Rolle zuzuweisen gegenüber der Feststellung der allein für die Diagnose den Ausschlag gebenden klinischen Symptome. *I. Bloch-Berlin.*

Die Gonokokken in den eiterigen Sekreten der Genitalien bei Prostituierten, von KOPYTOWSKY. (*La Gynécologie.* Juni 1898.) Bei 60% seiner untersuchten Kranken hat Verfasser den Gonococcus konstatiert, bei 28% im Sekret der Bartholinischen Drüsen und bei 9% im Uterushalse. Gleich nach der Menstruation war der Procentsatz des Gonokokkenbefundes im Collum uteri noch bedeutender, 10%. Dieser Umstand würde die allgemein verbreitete Ansicht unterstützen, daſs die Blennorrhoe besonders ansteckend ist, wenn der Coitus während oder gleich nach der Menstruation stattfindet. Im Vaginalsekrete hat K. nicht ein einziges Mal Gono-

kokken nachweisen können, während die verschiedensten anderen Mikroorganismen in großer Anzahl darin vorkamen. Beim Austritte aus dem Spital wurden die Patientinnen jeweilen wieder untersucht und dabei konstatiert, daß sich ihr Zustand nur wenig gebessert hatte. Daraus würde folgen, daß unsere jetzigen Mittel von geringer Wirkung sind. Da sich der Hauptherd der blennorrhoischen Infektion in der Urethra und den Bartholinischen Drüsen befindet, macht Verfasser die Gynäkologen besonders auf den Urethraleiter der Prostituierten aufmerksam und schreibt den Scheidensekreten nur eine geringe Wichtigkeit zu. *C. Müller-Genf.*

Über die Blennorrhoebehandlung Prostituierter, von A. Neisser. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 10.) In der gegen G. Behrend gerichteten Arbeit plaidiert Verfasser für gesetzliche Grundlagen der Reglementierung der Prostitution. Da die Infektiosität nach den klinischen Erscheinungen der Blennorrhoe nicht sicher beurteilt werden kann, so ist die Gonokokkenuntersuchung der Genitalsekrete in erster Reihe der sanitätspolizeilichen Untersuchung zu Grunde zu legen. Positive Befunde sind ohne weiteres entscheidend, negative Befunde erfordern mehrfache Untersuchung. — Die Therapie der Blennorrhoe des Weibes ist freilich durch die Gonokokkenuntersuchung vorläufig nicht gefördert worden. Die Prostituierten müssen mindestens wöchentlich einmal untersucht werden, wobei jedesmal die Schleimhaut der Urethra, der Ausführungsgang der Bartholinischen Drüse, die Schleimhaut des Rectums und des Cervicalkanals einer bakteriologisch-mikroskopischen Untersuchung zu unterwerfen ist. — Die gesamte ärztliche Kontrolle ist in Form einer ärztlichen Sprechstunde durchzuführen. — Die Anstellung weiblicher Ärzte ist in Erwägung zu ziehen. — Der Chefarzt der Prostituierten-Abteilung soll auch Chefarzt der ärztlichen Kontrolluntersuchung sein wegen einer einheitlichen fortlaufenden Überwachung. Information der Prostituierten über die bei Männern möglichen Sicherheitsmaßregeln ist wünschenswert. — Zu den Ausspülungen der Genitalien sollen die Prostituierten die gonokokkentötenden Lösungen (Silbersalze, Hg-Oxycyan.) benützen. — Jede Prostituierte erhält eine Erkennungskarte, auf der Datum und Resultate der letzten Untersuchung notiert sind. *I. Bloch-Berlin.*

Sollen die Prostituierten auf Blennorrhoe untersucht und behandelt werden? von Curt Freudenberg. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 49.) Blaschko glaubt, daß die Untersuchung der Prostituierten vollkommen gleichgültig ist für die Verbreitung der Blennorrhoe in der Männerwelt, dennoch verlangt er eine Überwachung, will aber nur unsaubere und mit eiteriger Sekretion behaftete Dirnen dem Krankenhause überweisen. Verfasser billigt das nicht. Die Prostituierten werden sich für die Untersuchung dann schon so vorbereiten, daß sie dem Krankenhause entgehen. Verfasser verwirft die Untersuchung und Behandlung der Prostituierten auf Blennorrhoe ganz, auch auch aus dem Grunde, weil selbst eine sachgemäße, energische Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe durchaus nicht gefahrlos ist. Alle intrauterinen Eingriffe bedingen eine gewisse Gefahr, der wir auch die Prostituierten ohne ihr Wissen und Willen nicht aussetzen dürfen. Die ambulatorische Behandlung ist auch überflüssig und nutzlos, da sie ebensowenig etwas erreicht wie die klinische. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beitrag zur Wertlosigkeit der sittenpolizeilichen Untersuchung der Prostituierten, von Paul Richter-Berlin. (*Dtsch. Medizinalztg.* 25. Juli 1898.) Verfasser, der die mikroskopische Untersuchung der Prostituierten auf Gonokokken für durchaus notwendig hält, bezweifelt die Möglichkeit der Durchführung in Rücksicht auf die hohe Zahl der polizeilich zu untersuchenden Mädchen. Ein derartiger Auf-

wand von ärztlichen Leistungen würde in keinem Verhältnis zu der Negativität unserer Blennorrhoetherapie stehen. *Hopf-Dresden.*

Kurze Übersicht über einige neue bei der Behandlung der Blennorrhoe angewendete pharmazeutische Produkte, von Gravagna. (*Rif. med.* 1898. No. 172 und 173.) Verfasser hat an einer ganzen Reihe von Blennorrhoikern die verschiedenen von allen Seiten gerühmten neueren Präparate versucht und gefunden, daſs dieselben (Alumnol, Argentamin, Protargol, Argonin etc.) gegenüber den alten (Alaun, Zinc. sulf. etc.) keinerlei Vorzüge aufweisen. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung des Trippers nach Janet, von A. Lanz. (*Med. Obosrenje.* Oktbr. 1897. Russisch.) L. wandte die Janetsche Methode in 24 Fällen von Urethritis totalis an, welche in der Mehrzahl der Fälle bereits eine längere Zeit bestand, aber stets noch Gonokokken zeigte. Es handelte sich um stationäre Kranke. In 19 dieser Fälle erzielte L. nicht nur Schwinden der Gonokokken, sondern auch des Sekrets und zwar bei 10 Personen in weniger als 2 Wochen, bei 9 in 2 bis 3 Wochen. In acht Fällen war der Tripper kompliziert durch eine Entzündung des Nebenhodens und des Samenstranges, welche unter dieser Behandlung nicht nur nicht sich verschlimmerte, sondern besserte. Es wurde hier mit den Auswaschungen nach Janet begonnen, sobald das Fieberstadium vorbei war. In drei anderen Fällen kam es aber während der Behandlung zu Komplikationen und zwar einmal zu einer Entzündung des dorsalen Lymphstranges des Penis, das andere Mal zu Periurethritis et Cystitis und das dritte Mal zu Epididymitis et Funiculitis d. Ob aber diese Komplikationen auf die Janetsche Behandlung zurückzuführen sind, läſst sich natürlich nicht sagen. Auf Grund seiner günstigen Resultate sieht Lanz in den Janetschen Auswaschungen einen unzweifelhaften Fortschritt in der Tripperbehandlung. *Jordan-Moskau.*

Das Protargol und die Behandlung der Blennorrhagie, von V. Casoli. (*Gazzetta Med. Cremonese.* Juni-Juli 1898.) Verfasser kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schluſs, daſs das Protargol ein ausgezeichnetes Mittel bei der akuten und subakuten Blennorrhoe ist, daſs es reizlos vertragen wird und keine Komplikationen verursacht. Bei der Urethritis anterior und posterior rühmt er vor allem die Irrigationen mit Protargol. *A. Strauſs-Barmen.*

Verschiedenes.

Die neueren Fortschritte in der Wissenschaft und ihr Einfluſs auf Medizin und Chirurgie, von R. Virchow. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 41 und 42.) Auſser Bemerkungen über Lepra, Favus etc. interessieren den Dermatologen aus der gedankenreichen „Huxley lecture“ unseres Altmeisters vor allem die folgenden allgemeinpathologischen Bemerkungen: „Die gemeinsame Hautdecke, die „Haut“ schlechtweg, obwohl zweifellos eine Art von einheitlicher Einrichtung, von im allgemeinen gleichartigem Typus, ist dennoch in doppelter Beziehung ein sozial aufgebautes Organ. Nicht bloſs besteht sie aus zahllosen selbständigen Zellen und Zellterritorien dissimilarer Art; abgesehen von Gefäſsen und Nerven, aus der binde-

gewebigen Cutis und dem epithelialen Horngewebe, das auch Haare und Drüsen bildet, — sondern die einzelnen Abteilungen der Haut besitzen verschiedene Disposition und sind verschiedenen äufseren und inneren Einflüssen ausgesetzt. Das zeigen auf das Beste die mannigfachen krankhaften Zustände, in deren wissenschaftliche Ordnung die englischen Dermatologen so frühzeitig bestimmend eingegriffen haben. Die Existenz von makulösen, papulösen, pustulösen und wie alle die fleckigen Hauterkrankungen heifsen, ist nur möglich, weil in derselben Haut eine Menge kleinerer Kommunitäten von früh an sich als selbständige oder gar als erbliche Träger einer besonderen Disposition bemerkbar machen. Wenn Muttermäler (Naevi), Haare oder gar Stacheln an ihnen entstehen, so folgt daraus, dafs trotz der gemeinsamen Abstammung eine bleibende Verschiedenheit der lokalen Abteilungen bestehen mufs."

I. Bloch-Berlin.

Kannten die Alten die Kontagiosität venerischer Krankheiten, von Bloch. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 5.) Verfasser hat in den erst 1891 entdeckten Mimiamben des hellenistischen Dichters Herondas eine Stelle entdeckt, die ihm zu beweisen scheint, dafs schon die Alten die Übertragung von Krankheiten durch das männliche Glied kannten. Das Genauere ist im Original nachzulesen.

F. Hahn-Bremen.

Personalia. Vor wenigen Wochen feierte der verdiente russische Dermatologe A. Gay (sprich Ge aus), ord. Prof. an der Universität Kasan, das 30jährige Jubiläum seiner Docententhätigkeit. Da Gay, nachdem Prof. Polotebnoff sich von der Lehrthätigkeit zurückgezogen hat, als Nestor der russischen dermatologischen Gemeinde zu betrachten ist, so seien hier einige Daten aus seinem Leben in aller Kürze mitgeteilt. 1842 in Kasan geboren, promovierte er dortselbst 1867. Nach mehrjährigen Spezialstudien an den Wiener Kliniken, wo er unter F. Hebra, Siegmund und Zeissl arbeitete und wo er in nähere Beziehungen zu Brücke, Stricker, Kaposi, Geber und O. Simon trat, ging er zu Recklinghausen nach Würzburg und habilitierte sich alsdann in Kasan. 1884 wurde er zum Professor für das Fach der Hautkrankheiten und Syphilis ernannt und ist seitdem seiner Alma mater treu geblieben. Mehrere wissenschaftliche Korporationen haben Gay am Tage seines Jubiläums zum Ehrenmitglied ernannt. Von seinen Arbeiten, die zunächst in russischer Sprache erschienen sind, mit Ausnahme einiger, die gröfstenteils im *Archiv f. Derm. u. Syph.* veröffentlicht wurden (Zur Kasuistik der Gehirnsyphilis, 1870, III; Beiträge zur Anatomie der pruriginösen Haut, 1871, I; Zur Pathologie der Schweifsdrüsen, 1871, IV; Über Reizung und Syphilis, 1879, IV; Die Circumanal-Drüsen des Menschen, Sitzungsber. d. Wien. Akad., 1871, Bd. LXIII), behandelt ein grofser Teil die Kasuistik und die Prophylaxe der Syphilis. Sehr fest eingebürgert hat sich sein gründliches Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten, ein stattlicher Band von 600 Seiten, von dem kürzlich schon die 6. Auflage erschienen ist. Die liebenswürdige Persönlichkeit des Jubilars ist bei allen Teilnehmern des Moskauer Kongresses, dem er einen Bericht über den Stand der „Dermosyphiligraphie in Rufsland früher und jetzt" vorlegte, noch in guter Erinnerung.

Sack-Heidelberg.

Als Nachfolger des langjährigen, vor kurzem verstorbenen Kurdirektors Dr. Gastl in Giefshübl wird Dr. Wawor als Kurarzt für die Saison 1899 fungieren. — Dr. Wawor war bereits einige Jahre zusammen mit Dr. Gastl in Giefshübl thätig.

Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis

von

Dr. P. G. Unna.

Assistenten: Dr. Nemann (Kinder), Dr. Herz (Frauen),
Dr. Cohn (männliche Hautkranke), Dr. Delbanco (männliche Syphilitiker).

Im Jahre 1898 wurden im ganzen 1199 Fälle behandelt. Unter diesen befanden sich:

	Kinder	Frauen	Männer		Kinder	Frauen	Männer
Pruritus	—	—	1	Panaritium	2	6	—
Stauungsdermatosen	—	6	—	Furunkulose	6	1	6
Varicen	—	10	2	Ulcus molle	—	4	32
Erythantheme	3	3	—	Syphilis	2	67	52
Urticaria	12	—	1	Syphilis hereditaria	33	1	—
Perniosis	3	—	1	Lupus	11	5	4
Petechien	2	—	—	Scrophuloderma	3	—	—
Morbus maculosus	2	—	—	Tuberculosis testis	—	—	1
Dermatitis artificialis	4	—	4	Varicellen	4	—	—
Combustio	2	—	2	Carcinom	—	—	2
Erythema multiforme	—	3	2	Verrucae	7	1	—
Erythema nodosum	—	2	3	Condyloma acum.	—	—	6
Prurigo	2	—	—	Epithelioma contag.	2	—	—
Strophulus	18	—	—	Keloid	—	1	1
Pemphigus	—	—	2	Neurofibrom	—	1	—
Herpes praeputialis	—	—	2	Angiome	17	—	—
Zoster	6	5	1	Arsenmelanose	1	—	—
Scabies	36	15	10	Ulcus cruris	—	19	1
Miliaria	4	—	—	Alopecia areata	6	1	5
Dysidrosis	2	—	—	Trichorrhexis	—	—	1
Hidrosis nasi granulata	2	—	—	Ulerythema centrifugum	—	—	1
Impetigo vulgaris	41	—	—	Naevus	—	1	—
Diverse Impetigines	32	—	—	Atherom	—	1	1
Ekzeme	261	85	50	Pediculi cap.	14	4	1
Rosacea	—	9	3	Pityriasis versicolor	—	1	7
Psoriasis	8	4	7	Gonorrhoe	4	24	53
Ichthyosis	4	—	—	Phimosis	3	—	2
Lichen planus	—	—	1	Paraphimosis gonorrhoica	—	—	2
Akne	1	7	8	Epididymitis gonorrhoica	—	—	9
Diverse Follikulitiden	1	—	3	Paraurethritis	—	—	1
Folliculitis varioliformis	—	2	—	Cystitis gonorrhoica	—	—	1
Trichophytie	13	2	10	Balanitis	—	—	2
Kerion	2	—	—	Erosiones penis	—	—	1
Erysipeloid	—	1	—	Haematoma genital.	—	—	1
Erysipel	1	1	5	Varicocele	—	—	1
Phlegmone	—	2	—	Neurasthenia postsyph.	—	—	1

Fig. 2.



Fig. 1.



Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. №. 8. 15. April 1899.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Impetigo vulgaris.

Von

Dr. P. G. UNNA und Frau Dr. med. et phil. SCHWENTER-TRACHSLER.

(Schlufs.)

3. Makroskopische Beschreibung der Kulturen der Impetigo vulgaris-Kokken.

Die Kulturen des ockerfarbenen und weifsen Coccus, deren pathologische Bedeutung durch die soeben geschilderten Impfversuche am Menschen erwiesen ist, gleichen sich mit Ausnahme der Farbe in allen wesentlichen Symptomen so sehr, dafs wir uns für die Beschreibung füglich an einen derselben halten können, und da empfiehlt sich als der charakteristischere von beiden natürlich der ockerfarbene. Und dieses um so mehr, als er allein schon durch die Farbe sich in einen prägnanten Gegensatz zum Staphylococcus pyogenes aureus stellt, mit dem er wegen seiner sonstigen nicht wegzuleugnenden Ähnlichkeiten bisher wohl meistens verwechselt worden ist. Es erscheint daher weiter auch ratsam, der Beschreibung auf allen Nährböden stets eine Vergleichung mit dem Verhalten des Staphylococcus pyogenes aureus auf denselben Nährböden folgen zu lassen. In der That haben wir auch sämtliche, sich jetzt über vier Jahre erstreckende Züchtungsversuche so angestellt, dafs mit den aus dem Material der Poliklinik gezüchteten Impetigo vulgaris-Kokken gleichzeitig echte, d. h. aus Furunkeln, Phlegmonen oder Abscessen gewonnene, eitererregende Staphylokokken auf denselben Nährböden und unter sonst absolut gleichen Umständen zum Wachstum gebracht wurden.

Bei diesen gewöhnlich monatelang mit denselben Kulturen fortgesetzten Vergleichungen machte sich hin und wieder nur ein erschwerender Umstand geltend, indem nach vielmaliger Übertragung auf künstlichen Nährboden die ockerfarbenen Kulturen zuweilen — durchaus nicht immer — abblafsten. Ein solcher Umschwung des ockerfarbenen Coccus in eine

weifsliche Varietät geschah in einzelnen Fällen und ohne nachweisbaren Grund auch plötzlich (z. B. bei unserem Fall Jahn) und zwar konnte einer solchen weifslichen, mit einem schwachen ockerfarbenen Stich behafteten Kultur mitunter durch weitere Übertragung die ursprüngliche Farbe wiedergegeben wurden. Ursprünglich rein weifse Kulturen gingen dagegen nicht bei künstlicher Übertragung in ockerfarbene über. Erschwerend war dieser Umstand einerseits bei der Beurteilung derjenigen Bedingungen, welche die Farbenintensität sonst beeinflufsten, und andererseits für die Vergleichung mit dem Staphylococcus aureus, insofern auch bei diesem manche Fälle im Verlaufe der Übertragungen auf künstlichen Nährböden farbschwächer werden und sich dann allein durch die Farbe nicht mehr so gut wie anfangs von dem ockerfarbenen Coccus unterscheiden liefsen. Da nun auch von vornherein die verschiedenen Fälle von Impetigo vulgaris einen ockerfarbenen Coccus von verschiedener Farbenintensität lieferten, derart, dafs dieselben zwischen lichtem und mäfsig dunklem Ocker in allen Stufenlagen variierten, so ergab sich für uns die Regel, zu den folgenden Vergleichen mit dem Staphylococcus pyogenes aureus nur frische und an und für sich farbenstarke Kulturen zu verwenden.

A. Strichkulturen.

1. Kochs Nähragar.

Es bildet sich schon bei Zimmertemperatur, rascher bei 20° C. und ebenso gut, aber auch nicht besser bei 37° C. ein feuchtglänzender, ölfarbenähnlicher Strich von sofort deutlich ausgesprochener, heller Ockerfarbe, 2—3 mm breit, mit wellig gebogenem Aufsenrande. Ältere Kulturen nehmen allmählich eine etwas intensivere Färbung an, doch ist der Unterschied nicht bedeutend. An langsam gewachsenen und daher besonders gut ausgebildeten Kulturen beobachtet man einen helleren, weifslichen, durchscheinenden Randsaum, der die ganze Kultur umgiebt.

Von den entsprechenden Kulturen des echten St. p. a.[8] unterscheidet sich die Strichkultur zunächst und hauptsächlich durch die ganz verschiedene Färbung, die beim St. p. a. ins Citronengelbe und Orange, beim I. v. K.[9] in das matte Rot der eisenoxydhaltigen Erden spielt. Für die genauere Charakteristik der Farbe ist es ratsam, die auf möglichst durchsichtigem Agar gewachsenen Kulturen über eine Auswahl der gebräuchlichen gelben Malerfarben zu halten. Die Kultur verschwindet dann über derjenigen Farbe, die mit ihrer Eigenfarbe nahezu identisch ist, tritt aber über jeder anderen gelben Farbe scharf hervor. Auf diese Weise ist man von blofsen Vergleichen nach Erinnerungsbildern, die stets subjektiv gefärbt sind, möglichst unabhängig. Zu diesen Versuchen mit ver-

[8] St. p. a. = kurze Bezeichnung für den Staphylococcus pyogenes aureus Rosenbach.
[9] I. v. K. = kurze Bezeichnung für den Coccus der Impetigo vulgaris Unna.

schieden gefärbten Kokken empfehlen sich besonders die folgenden Farben: von Chromgelb: hellstes, citron- und goldgelb; von Cadmiumgelb: hellstes, mittel und orange, von Ockergelb: hellgelb, lichter und Goldocker. Die meisten von uns gezüchteten I. v. K. zeigten nun ein reines, lichtes Ockergelb und hoben sich scharf sowohl von den Chromfarben wie von den Cadmiumfarben ab. Es ist eben beim I. v. K. stets eine matte, rötliche Komponente vorhanden (ähnlich den durch Beimischung von etwas Eisenoxyd erzeugten rötlichen Nuancen der Erdfarben), während beim St. p. a. immer die gelbe Komponente ins Grünliche, ins Citronengelbe spielt und daher auch die gewöhnlich als orange oder goldgelb bezeichneten rötlichen Kulturen des St. p. a. die leuchtenden und satten rötlichen Nuancen dieser Mineralfarben (aus Chrom- und Cadmiumverbindungen) nachahmen. Die „lichte Ockerfarbe" der I. v. K.-Kulturen kann daher auch niemals durch Abschwächung, Verstärkung oder Weiſszumischung aus dem Chrom- oder Cadmiumgelb der St. p. a.-Kulturen abgeleitet werden.

Wir wissen wohl, daſs mache Bakteriologen, auch wenn sie mit gutem Farbensinn begabt sind, von derartigen Farbenunterschieden nicht viel halten und geneigt sind, trotzdem die Reinkulturen der Impetigo vulgaris stets die Ockerfarbe und nie die gewöhnliche Gelbfärbung des St. p. a. aufweisen, dieselben mit den Kulturen des letzteren in einen Topf zu werfen. Wir würden auch nie, allein auf diesen Farbenunterschied der Kulturen gestützt, es unternommen haben, den I. v. K. als einen selbständigen neuen Parasiten zu beschreiben, wenn nicht die Klinik, die histologische Untersuchung, das Impfexperiment und die übrigen kulturellen Differenzen uns die Überzeugung dieser Selbständigkeit aufgedrängt hätten. Wo diese Untersuchungsergebnisse jedoch alle in gleichem Sinne die Spezifizität des I. v. K. beweisen, so kommt der auffällige Farbenunterschied der Kulturen in praxi der Erkennung dieses Parasiten allerdings sehr zu statten. Wo von jetzt an Kokkenkulturen von Ockerfarbe aus Produkten der Oberhaut gewonnen werden, ist es die Pflicht eines jeden Bakteriologen, dieselben durch die Kultur und das Impfexperiment, am besten am Menschen, wie wir es gethan haben, genau auf ihre Eigenschaften und pathofore Kraft zu prüfen, ehe er sie durch die Etiquette: Staphylococcus pyogenus aureus ihrer Spezifizität beraubt; jedenfalls kann er ohne diese genaue Untersuchung nicht behaupten, bewiesen zu haben, daſs es sich um den St. p. a. handele.

Eine zweite Differenz der beiden Kulturen liegt in der Art, wie die Färbung auftritt. Auch bei den farbreichsten Stämmen des St. p. a. pflegt die gesättigt gelbe oder goldgelbe Farbe erst allmählich, oft erst nach Wochen sich zu bilden, während die Kulturen des I. v. K. stets von vornherein in der spezifischen Ockerfarbe auftreten. Im Maſse, als die Kulturen dicker, dichter und trockner werden, steigt auch noch die In-

tensität der Ockerfarbe, aber nie so bedeutend wie beim St. p. a. Bei gleichzeitig angesetzten Kulturen gleich farbreicher Individuen beider Arten ist daher in der ersten Zeit der Impetigococcus der farbstärkere und wird erst allmählich von dem Staphylococcus hierin eingeholt und oft schliefslich überholt.

Alte Kulturen senden einen schwachen Kleistergeruch aus, etwas weniger penetrant als derjenige alter St. p. a.-Kulturen. Hebt man sie vom Agar mit der Platinnadel ab, so erweisen sie sich als eine zähe, fest zusammenhaltende Masse, die sich z. B. nur schwierig in Bouillon verreiben läfst. Die gleichaltrigen Kulturen des St. p. a. dagegen halten weniger fest zusammen und lassen sich leichter in Bouillon zerteilen.

2. Kochs Agar + Glycerin.

Auf Glycerinagar (Kochs Nähragar + 5% Glycerin) wächst der I. v. K. sehr üppig als sehr feuchte und deshalb mit reichlichen, versprengten Seitenkolonien versehene, ölfarbene Auflagerung von etwas blasser Ockerfarbe mit noch blasserem Randsaum. Trotz dieser Abschwächung der Farbe in jungen Kulturen ist die Farbendifferenz gegenüber gleichaltrigen Kulturen auf Glycerinagar vom St. p. a. sehr deutlich; besonders wenn man sie über schwarzem Grunde vergleicht, tritt dort der Stich ins Rötliche (Ockerfarbe), hier ins Grünliche (Cadmiumfarbe) scharf hervor.

Mit dem Alter pflegt die I. v. K.-Kultur gegen die St. p. a.-Kultur etwas im Wachstum zurück zu bleiben, wie denn die letztere schliefslich sehr üppig und farbreich wird und auch einen stärkeren Kleistergeruch aussendet.

3. Kochs Agar + Zucker.

Vermischt man Kochs Agar mit 2% Zucker (Rohr- resp. Traubenzucker), so gedeiht der I. v. K. weniger gut und bleibt merklich hinter gleichaltrigen St. p. a.-Kulturen auf demselben Nährboden zurück. Zuweilen ist auch die Farbproduktion geringer, doch nicht immer. Die Farbdifferenz gegenüber den Kulturen vom St. p. a. ist jedoch stets deutlich ausgeprägt.

Ältere Kulturen bewahren die Differenz der Wachstumsintensität, indem der I. v. K. allmählich sein Wachstum einstellt, während der St. p. a. auch nach Wochen noch weiter wächst.

4. „Liebig“-Agar.

Wird im Nähragar das Fleischwasser durch einen Zusatz von Liebigs Fleischextrakt ersetzt (2½%), so gedeiht der I. v. K. in Bezug auf Wachstumsschnelligkeit und Farbenintensität ebenso gut wie auf Kochs Nähragar. Ja der dort erwähnte helle, die ganze Kultur umziehende Randsaum ist an diesen „Liebig“-Kulturen besonders breit und regelmäfsig entwickelt. Im Gegensatze dazu schadet der Ersatz des

Fleischwassers im Agar durch LIEBIGs Extrakt dem Wachstum des St. p. a. sehr, während die Farbenintensität nur wenig oder garnicht geringer als auf KOCHs Agar ausfällt; es kommt mithin beim St. p. a. auf „LIEBIG"-Agar nur zur Entwickelung eines ganz dünnen, gelben Bandes, welches übrigens in ganzer Breite gefärbt ist und keinen blassen, breiten Randsaum wie die I. v. K.-Kulturen erkennen läſst.

5. „LIEBIG"-Agar + Zucker.

Ein Zusatz von 2% Traubenzucker zum „LIEBIG"-Agar hat den Einfluſs, daſs die I. v. K.-Kulturen fast farblos kommen, während die Wachstumsintensität nicht merklich leidet. Einzelne Kulturen zeigen einen nur ganz schwachen Stich ins Ockerfarbene. Dabei sind dieselben alle trockner, im Inneren etwas eingesunken und daher mit erhabener Randleiste versehen. Diese Eigenschaften, besonders auch die Farblosigkeit, bleiben bei längerem Wachstum bestehen. Dem gegenüber gleicht bei den St. p. a.-Kulturen ein Zusatz von 2% Traubenzucker das Wachstumshindernis, welches dieselben auf dem einfachen LIEBIG-Agar erfahren, wieder aus, während auch hier die Kulturen etwas, wenn auch nicht so viel an Farbintensität verlieren und auch in der Mitte etwas einsinken.

Ebenso verhalten sich die I. v. K. auf „LIEBIG"-Agar + 2% Rohzucker, sie kommen gut an, sind etwas trocken und sehr blaſs, wenn auch immerhin ockerfarben. Sehr bemerkenswert ist dagegen, daſs der Rohrzuckerzusatz bei den St. p. a.-Kulturen die Wachstumsintensität und Farbentiefe vollständig restauriert, sodaſs diese auf „LIEBIG"-Agar + Rohrzucker nicht wesentlich anders wachsen als auf KOCHs Agar.

6. „LIEBIG"-Agar + Glycerin.

Ein Zusatz von 5% Glycerin schwächt die Farbenintensität in ähnlicher Weise ab wie der Zuckerzusatz; dieselben gedeihen aber sonst gut als eine blasse, kohärente, bandförmige Masse. Ganz anders beim St. p. a. Hier kommt es gar nicht zu einer bandförmigen Kultur, indem vom Impfstrich aus die ganze Oberfläche diffus, aber nur sehr schwach bewachsen wird. Nach einigen Tagen holt diese unregelmäſsig verteilte farbschwache Kultur die I. v. K.-Kultur im Wachstum ein. Offenbar ist der Zusammenhang der St. p. a. unter sich ein lockerer als der der I. v. K.

7. Serum.

Sowohl auf Menschenserum wie auf Pferde- und Rinderserum entstehen gute, aber nicht üppige und etwas blasse, ockerfarbene Kulturen, die ein frisches, feuchtglänzendes Aussehen besitzen, auch wenn das Serum allmählich stark eintrocknet.

Die entsprechenden Strichkulturen des St. p. a. unterscheiden sich stets durch die andere Färbung, in den meisten Fällen auch durch ein

mehr trockenes, matteres Aussehen der älteren Kulturen, deren Mitte dann etwas eingesunken ist.

8. Serum + Pepton (1%) + Zucker (1%) + Kochsalz (1½%).

Auf Löfflers zusammengesetztem Serum wachsen die I. v. K. viel üppiger als auf reinem Serum und sehr farbstark.

An den älteren Kulturen tritt die eben erwähnte Differenz, daſs der I. v. K. seinen feuchten Glanz bewahrt, während der St. p. a. denselben allmählich verliert, noch deutlicher und regelmäſsiger hervor.

9. Kartoffeln.

Die Kultur ist sofort deutlich ockerfarben und feuchtglänzend. Von der entsprechenden Kultur des St. p. a. auf derselben Kartoffel ist sie durch die starke Farbenintensität gleich im Anfange, abgesehen von der Farbennuance, unterschieden.

B. Stichkulturen.

10. Nährgelatinen.

Ein wesentlicher Unterschied der I. v. K. vom St. p. a. liegt in seinem weit geringeren Peptonisationsvermögen für Gelatine. Die I. v. K. verflüssigen dieselbe auch, jedoch nur in mäſsigem Grade und auf Koch Nährgelatine in erheblichem Grade nur im oberen Teile des Stiches, sodaſs hierdurch allein schon ihre Kulturen von den echten St. p. a.-Kulturen sich unterscheiden. Allerdings schwankt die Intensität des Peptonisierungsvermögens bei den von verschiedenen Fällen herstammenden Kulturen in mäſsigen Grenzen — gerade so wie beim St. p. a. —, aber sie bleibt doch hinter derjenigen der verschiedensten Stämme von St. p. a. weit zurück. Von dieser Regel ist uns unter den ungemein zahlreichen I. v. K.-Kulturen der letzten 4 Jahre nicht eine einzige Ausnahme aufgestoſsen. Es ist uns niemals gelungen, aus der Impetigo vulgaris einen ockerfarbenen Coccus zu züchten, welcher durch energische Gelatineverflüssigung sich den aus tiefen Eiterungen gewonnenen Staphylokokken zur Seite gestellt hätte. Daher ist für uns das Zusammentreffen der Ockerfarbe auf Impetigo vulgaris-Agarkulturen mit geringer Verflüssigung auf den entsprechenden Gelatinekulturen stets das sichere Anzeichen gewesen, daſs wir es mit unserem I. v. K. zu thun hatten, eine Voraussetzung, die sich dann auch regelmäſsig bewahrheitete, wenn wir diese Kulturen der menschlichen Haut einimpften.

Aber immerhin ist es bekannt, daſs auch der aus verschiedenen Quellen stammende St. p. a. nicht stets mit gleicher Intensität die Gelatine verflüssigt und daſs auſserdem ältere Kulturen zuweilen ihr Peptonisationsvermögen verändern, ja fast ganz einbüſsen können. Wir

untersuchten deshalb zum Vergleiche auf einmal 12 St. p. a.-Stämme (aureus und albus) des hiesigen hygienischen Institutes, die uns von Herrn Dr. ABEL freundlichst zur Verfügung gestellt wurden. Unter denselben mufste eine vom Rind herstammende von vornherein ausgeschieden werden, da sie überhaupt garnicht verflüssigte und sich dadurch vom St. p. a. des Menschen vollständig unterschied. Die übrigen elf Kulturen, alle von ausgesprochenen Eiterungen des Menschen herstammend, liefsen sich nach ihrem Peptonisationsvermögen ohne Schwierigkeit in drei Gruppen bringen, wenn man die bei 20° C. gehaltenen Kulturen nach zwei Tagen, in zwei Gruppen, wenn man sie nach zwei Wochen mit einander verglich. Die erste Abteilung wurde nur von einer Kultur (*k*) repräsentiert, bei welcher der Coccus schon nach zwei Tagen die Gelatine breit in Strumpfform bis zum Boden des Glases verflüssigte, wobei der obere Eingang des Trichters ca. 1 cm Durchmesser besafs. In die zweite Gruppe gehörten die meisten, nämlich sechs Kulturen (zum Teil aureus, zum Teil albus: *b*, *c*, *d*, *e*, *i*, *l*). Hier ging die Verflüssigung in Form eines mäfsig breiten Trichters von ca. 1/2 cm Eingangsweite nur bis etwas unterhalb der Mitte der Gelatinemasse. Eine dritte Gruppe bildeten die Kulturen: *a*, *f*, *g*, *m*, bei welchen die Verflüssigung nach zwei Tagen nur einen kleinen Trichter von ca. 3 mm Eingangsweite erzeugte, der nicht ganz bis zur Mitte der Gelatinmasse (stets ca. 5 cm hoch) hinabreichte. Nach zwei Wochen verglichen, zeigte die Kultur *k* der ersten Abteilung eine totale Verflüssigung, während bei den Kulturen der anderen beiden Gruppen noch ein kleiner Teil der Gelatine — etwa 1/2 cm hoch —, obwohl der Stich durch denselben hindurchging, unverflüssigt geblieben war; darüber hatte ebenfalls totale Verflüssigung stattgefunden. Nach so langer Zeit hatte mithin die dritte Gruppe die rascher verflüssigende zweite eingeholt.

Es geht aus dieser Versuchsreihe hervor, dafs ein kleiner Teil der echten, eitererregenden Staphylokokken (in unserem Falle 1/3) anfangs eine so schwache Verflüssigung zeigt, dafs an eine Verwechselung mit besonders stark verflüssigenden Impetigo vulgaris-Kokken gedacht werden könnte. Aber auch in diesen Fällen kommt später eine so gründliche und in die Breite gehende Verflüssigung der Gelatine in dem bei weitem gröfsten Teile der Stichhöhe zu stande, wie wir sie nie beim Impetigo vulgaris-Coccus gefunden haben.

Wollte man wegen dieser Annäherung in der Verflüssigungsintensität der am schwächsten verflüssigenden eitererregenden Staphylokokken und der am stärksten verflüssigenden Impetigo vulgaris-Kokken den Unterschied im Peptonisierungsvermögen beider überhaupt leugnen, so würde man etwa ebenso logisch verfahren, als wenn man die Wärmestrahlen und die chemischen Strahlen des Lichts miteinander identifizieren wollte, blofs weil in einer mittleren Breite des Spektrums ihre Zonen teilweise zusammenfallen.

Immerhin erschien uns dieser Punkt wichtig genug, um uns nicht auf die bloſse Angabe einer schwächeren Verflüssigung durch die Impetigo vulgaris-Kokken zu beschränken; wir widmeten vielmehr den näheren Bedingungen der Verflüssigung bei beiden Kokkenarten ein besonderes Studium. Da bei diesen Differentialzüchtungen zweier Kokkenarten auf demselben Nährmedium auf die genaue Einhaltung sämtlicher äuſseren Umstände alles ankommt, so geben wir anmerkungsweise die detaillierte Beschreibung der Herstellung der von uns bei diesen Versuchen benutzten Nährgelatinen.[10]

Auf der so bereiteten Kochschen Nährgelatine sieht man, wenn die Kulturen gleichzeitig mit möglichst gleich groſs genommenen, geringen Quantitäten des Materiales als feine Stiche central angelegt und bei 20°C. gehalten werden, am zweiten Tage bei der I. v. K.-Kultur einen zierlichen, 2 bis 3 mm breiten kelchglasähnlichen Trichter, der nur das oberste Drittel der Höhe des Impfstiches einnimmt und hier spitz endigt. Die St. p. a.-Kulturen dagegen zeigen alle eine viel stärkere Verflüssigung in Gestalt eines mehr oder minder breiten, rundlichen, strumpfförmigen Trichters oder bei an und für sich stark verflüssigenden Individuen bereits eine totale Verflüssigung bis zum Grunde des Impfstiches. Auf alle Fälle ist an der Oberfläche der Kultur bereits eine mehr oder minder tiefgehende, totale Verflüssigung in der ganzen Breite des Röhrchens eingetreten. Am dritten Tage ist die Verflüssigung beim I. v. K. bis zur Gestalt eines etwas breiteren Kelchglases fortgeschritten, dessen Spitze etwa in der Mitte der Stichhöhe sich befindet und dessen Oberfläche noch durchaus keine totale Verflüssigung in der Breite des Röhrchens aufweist.

So schreitet die Verflüssigung beim I. v. K. langsam und unter absolut gleichen Umständen bedeutend langsamer fort als bei den am schwächsten verflüssigenden St. p. a.-Kulturen und kommt es schlieſslich nach monatelangem Bestande der Kultur zu einer im oberen Teile des Röhrchens totalen, so ist die Gelatine dickflüssig, schwer beweglich, d. h. nicht vollständig verflüssigt, wie bei den St. p. a.-Kulturen.

Wenn nun so auch bei sehr exakter Beobachtung die geringe Verflüssigungstendenz des I. v. K. keinem entgehen kann, so empfiehlt es sich

---

[10] Die Gelatine wurde als „beste Gelatine“ durch die Hamburger Firma Hasche & Woge bezogen. Das gehackte Fleisch wurde zwei Stunden auf 60° erwärmt, dann noch eine Viertelstunde auf 100°, sodann filtriert und in der noch heiſsen Lösung die Gelatine zu 10% gelöst. Hierauf erfolgte der Zusatz von 1% Pepton (von Chassaing-Paris bezogen), ½% Kochsalz (und eventuell 2% Traubenzucker, resp. beim Ersatz des Fleischwassers durch Fleischextrakt: 2½% Extract. carnis Liebig). Die Neutralisation geschah zunächst mit 4% Natronlauge und zwar mit 20 g auf 1 Liter (= 0,08 NaOH), wodurch bereits eine schwach alkalische Reaktion erzeugt wurde, sodann mit 10% Sodalösung und zwar 7,5 g auf 1 Liter (= 0,05 wasserfreie Soda), wobei die Reaktion stark alkalisch wurde. Endlich wurde die Gelatine mit Eiweiſs durchgeschüttelt, ½ Stunde im Dampf geklärt, filtriert und abgefüllt.

doch, zum Zwecke einer mehr in die Augen springenden Demonstration der Wesensungleichheit beider Kokkenarten auch in diesem Punkte, den Vergleich auf solchen Nährgelatinen vorzunehmen, welche einen weniger guten Nährboden abgeben als die KOCHsche Nährgelatine. Wir haben dieses Prinzip — nach dem Vorgange von UNNA beim Favus — bereits in ausgedehntem Maſse bei dem Studium der feineren Unterschiede verschiedener Trichophyton- und Piedra-Individuen benutzt. Dort diente der Zusatz von Levulose zu KOCHS Agar als ein schwach zurückhaltender und dadurch die Unterschiede verdeutlichender Faktor. Hier machten wir von drei das Wachstum zurückhaltenden Faktoren Gebrauch, deren Einfluſs wir zunächst in ausgedehnten Versuchsreihen einzeln bei beiden Kokkenarten durchgeprüft hatten. Es sind die folgenden:

1. Ersatz des Fleischwassers durch LIEBIGS Fleischextrakt.
2. Zusatz von 2 % Traubenzucker.
3. Züchtung bei 15 ° C.

In Bezug auf den Wert dieser drei Verdeutlichungsmittel wollen wir nur kurz bemerken, daſs der Ersatz des Fleischwassers durch LIEBIGS Extrakt bereits eine ganz wesentliche Einschränkung in der Verflüssigung bei beiden Kokkenarten hervorruft, die natürlich beim I. v. K. scheinbar stärker zur Wirksamkeit gelangt, weil hier die Verflüssigung an und für sich schwächer ist. Ebenso schränkt bereits ein Zusatz von Traubenzucker zur KOCHschen Gelatine allein die Peptonisation erheblich ein, mit demselben Endresultat, daſs die Differenz in der Verflüssigung beim Vergleiche stärker hervortritt. Bei den entsprechenden Vorversuchen stellte es sich heraus, daſs die Quantität des Zuckerzusatzes hierbei keine wesentliche Rolle spielt — wir untersuchten Zusätze von ½, 1, 2, 5, 10 % —, wohl aber die Art des Zuckers, indem Traubenzucker die Verflüssigung sehr viel stärker und regelmäſsiger einschränkt als Rohrzucker. Die Züchtung bei niedriger Temperatur hält die Verflüssigung nicht in absolutem Sinne zurück, sondern nur relativ zum Alter der Kultur, kann aber ebenfalls zur Verdeutlichung der Verflüssigungsdifferenz benutzt werden, da die Verlangsamung der Verflüssigung natürlich wieder hauptsächlich den schwächer peptonisierenden I. v. K. für den Vergleich benachteiligt.[11]

Am besten verfährt man nun natürlich so, daſs man der Nährgelatine statt des Fleischwassers sowohl LIEBIGS Extrakt wie Traubenzucker zusetzt und die Vergleichskulturen bei 15 ° C. wachsen läſst. Die Verflüssigung durch den I. v. K. ist dann eine minimale, erst nach einer Woche deutlich wahrnehmbare, während auch die schwächer verflüssigenden St.

[11] Der Einfluſs bestimmter Nährböden auf die Verflüssigungstendenzen des St. p. a. und I. v. K. wurden von einem von uns in der biologischen Abteilung des Hamburger ärztlichen Vereins am 31. Januar 1899 demonstriert.

p. a. eine immer noch sehr erhebliche, wenn auch allerdings nur langsam eintretende und entschieden verminderte Peptonisation gegen sonst zeigen.

Besonders charakteristisch an diesen LIEBIG-Traubenzucker-Nährgelatine Kulturen ist für den I. v. K. das Ausbleiben der oberflächlichen, schichtweise in die Tiefe dringenden Verflüssigung. Die Verflüssigungszonen sind daher hier überhaupt nicht eigentlich trichterförmig, sondern stellen auch nach Wochen nur cylindrische, unten spitz zulaufende Cysternen dar.

Wir haben endlich noch einen verzögernden Faktor bei den Vergleichskulturen eingeführt, nämlich das Wachstum unter Ölabschlufs. Die hierbei eintretende Verzögerung des Wachstums und der Verflüssigung ist bei beiden Kokkenarten deutlich ausgesprochen, aber doch nicht so stark wie durch die drei besprochenen Faktoren, wenigstens nicht bei 20°. Daher trägt auch das erzwungen anaerobische Wachstum nicht viel zur Evidenz der Verflüssigungsunterschiede bei.

Aber eine andere Differenz tritt allmählich an so behandelten Kulturen deutlich in die Erscheinung. Bekanntlich klären sich trübe, flüssige Bouillon-Kulturen, wenn man sie längere Zeit unter einer Ölschicht stehen läfst und zwar langsam von oben nach unten. Das bemerkt man nun auch bei den unter Öl weiterwachsenden Gelatinekulturen, soweit sie verflüssigt sind, aber bemerkenswerter Weise nur bei den Kulturen des St. p. a. Die I. v. K.-Kulturen bleiben auch nach Wochen noch trübe unter dem Öl, soweit sie verflüssigt sind, offenbar, wie die starke mechanische Bewegung verrät, weil sie nicht völlig verflüssigt sind, sondern nur dickflüssige, schwerer bewegliche Massen darstellen. Diese Klärungsprobe, die auf allen Nährgelatinen gleichmäfsig gut ausfällt,[12] ist ein sehr scharfes Reagens auf den Grad der Verflüssigung der Gelatine.

Am besten stellt man diese Vergleichsversuche so an, dafs man die Kulturen erst eine Zeit lang aërobisch wachsen läfst, bis sie die charakteristischen Quantitätsdifferenzen in der Verflüssigung zeigen, aber alle trübe verflüssigt haben, und dann unter Ölaufgufs in der Wärme weiter züchtet, wobei sich dann nur die Kulturen des St. p. a. rasch klären.

C. Kulturen auf flüssigem Nährboden.

11. Bouillonkulturen.

In Bouillon entwickeln sich die I. v. K. in ganz ähnlicher Weise wie der St. p. a. als eine mehr oder minder getrübte Kultur. Unter Ölabschlufs klärt dieselbe sich allmählich, ebenfalls wie beim St. p. a. Der Bodensatz ist ockerfarben und gewöhnlich nur blafs gefärbt, aber

[12] Diese Klärungsprobe wurde von einem von uns in der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins zu Hamburg am 14. Februar 1899 demonstriert.

auf hellem Grund deutlich vom cadmiumgelben Bodensatz der St. p. a.-Kulturen unterschieden.

Schließlich müssen wir noch einiger Eigenschaften der I. v. K. gedenken, die mehr oder weniger deutlich auf allen Kultursubstraten zur Erscheinung kommen und sie — besonders gegenüber den St. p. a. — zu charakterisieren geeignet sind.

Wir haben schon bei den Kulturen auf KOCHS Agar erwähnt, daſs diese von vornherein stets deutlich ockerfarben sind. Dieses gilt für alle Nährböden, auf denen überhaupt kräftig Farbe produziert wird; die Farbe wird nicht erst unter Beihülfe des Luftsauerstoffs allmählich in den schon kräftig gewachsenen Kulturen erzeugt, wie bei den St. p. a.-Kulturen, sondern tritt sofort auf und gewinnt an Tiefe proportional mit dem Wachstum der Kultur.

Etwas ähnliches gewahren wir bei den Impfungen auf die menschliche Haut. Bei Impfung mit dem St. p. a. tritt die Eigenheit derselben stark hervor, daſs die Virulenz durch häufige Übertragung auf künstlichen Nährboden abgeschwächt wird; man muſs die Eiterkokken erst wieder durch den Tierkörper hindurchschicken, um sie vollvirulent zu machen. Im Gegensatz dazu behalten die I. v. K. auch nach zahlreichen Übertragungen auf künstlichen Nährboden ihre Virulenz; das Impfexperiment gelingt mit solchen Kulturen fast ebenso gut wie mit frisch vom Lebenden gezüchteten; die Abschwächung ist nur sehr gering.

Endlich muſs man dem I. v. K. eine etwas gröſsere Hygroskopizität als dem St. p. a. zuerkennen. Auf vielen trockenen Nährböden behalten sie länger ihren feuchten Glanz und trocknen weniger bald zusammen. Vielleicht hängt hiermit auch die zähere, kohärente Beschaffenheit der Kulturen, die etwas bedeutendere Gröſse der Kokken und ihr Zusammenhalten zu kurzen Ketten zusammen.

---

4. Mikroskopische Beschreibung der Kulturen.

Ebenso wie bei der makroskopischen Beschreibung der Kulturen war bei der mikroskopischen unser Hauptaugenmerk darauf gerichtet, die neben allen Ähnlichkeiten offenbar vorhandenen, konstanten Unterschiede zwischen dem I. v. K. und dem St. p. a. festzustellen. Aus der Schilderung der I. v. K. an ihrem natürlichen Fundort der Bläschen und Krusten geht hervor, daſs die Eigentümlichkeiten der Gröſse, Lagerung und tinktoriellen Eigenschaften sie vor dem St. p. a. nicht besonders auszeichnen. Es handelt sich auch bei ihnen um Kokken, deren durchschnittliche Gröſse etwa 7 μ beträgt, die durch verzögerte Querteilung Neigung zu länglichen, ellipsoiden Formen bekunden, die zu unregelmäſsigen traubenähnlichen Herden aggregiert sind, sich mit allen basischen Farben leicht und stark

färben und gegenüber der nachfolgenden Jodierung die Farbe festhalten. Bei längerem vergleichenden Studium beider Kokkenarten gelingt es nun aber doch, mit ziemlicher Sicherheit dieselben auch schon in den Kulturabstrichen und Kulturabklatschen zu unterscheiden, obwohl das bei Beschreibung der Krusten angegebene Charakteristicum der kurzen, winkligen Ketten hier natürlich fehlt. Aber es ist nur ein allgemeiner Eindruck, welcher dieses Urteil begründet und den man kurz so bezeichnen kann, dafs die I. v. K. ein wenig gröfser sind als die St. p. a.

Da nun jeder, der sich mit der Messung von Kokken eingehend beschäftigt hat, nur zu wohl weifs, wie sehr eine solche Schätzung trügen kann und in wie hohem Mafse andererseits die Resultate der wirklichen Messungen von der Herkunft und dem Alter der Kultur, sodann von der Art der Fixierung und Färbung der Präparate beeinflufst werden, so mufsten die Messungen in diesem Falle mit ganz besonderen Kautelen umgeben werden.

Vergleiche wurden nur an Präparaten vorgenommen, die von frischen, gut gewachsenen, eine gleiche Anzahl von Tagen auf demselben Nährboden gezüchteten Kulturen herstammten und einen gleichen Feuchtigkeitszustand darboten. Der schädigende Faktor der Schrumpfung der Kokken beim Fixieren konnte nicht vermieden werden; er wurde deshalb aus der vergleichenden Messung dadurch eliminiert, dafs zu allen Abklatschpräparaten möglichst geringe und gleich grofse Mengen genommen und diese genau auf dieselbe einfache Weise fixiert wurden. Das anderswo übliche dreimalige Durchziehen von Deckgläschen durch die Flamme giebt zu einer ziemlich langsamen und daher weniger gut einheitlich zu gestaltenden Antrocknung Anlafs. Das in unserem Laboratorium von jeher übliche Verfahren, die mit dem Abklatsch versehenen Objektträger einen Augenblick fest über eine kleine Spiritusflamme zu halten, bis der sofort entstehende Dampfhauch gerade wieder verschwunden ist, fixiert die Kulturen so rasch und gleichmäfsig wie möglich, da dabei jede nachträgliche Schrumpfung durch Erhitzung nach eventuell schon erfolgter Eintrocknung ausgeschlossen ist.

Von noch wesentlicherem Einflusse bei der Messung ist die Färbungsmethode. Man kann den eventuell durch die Färbung verursachten Fehler stets vollkommen dadurch ausschliefsen, dafs man die beiden mit den zu vergleichenden Kulturabklatschen in ihrer Mitte versehenen Objektträger derartig kreuzt, dafs dabei die Kulturen aufeinander zu liegen kommen, nur getrennt durch ein und denselben Farbtropfen und die Färbung auf diese Weise langsam in der Kälte oder rasch in der Wärme, aber immer während genau der gleichen Zeit, bei genau der gleichen Temperatur und mit ein und demselben Farbtropfen vor sich gehen läfst. Diese extreme Vorsicht erwies sich aber als überflüssig, da — was auch vorauszusetzen

war, sich wirkliche Unterschiede in der Gröfse derselben Kokkenart bei derselben Färbung mikroskopisch überhaupt nicht nachweisen liefsen, während dieselben bei verschiedenen Färbungen beträchtlich und leicht nachweisbar waren und sich dann auch konstant erwiesen.

Es ergab sich hieraus die Regel, die vergleichenden Messungen nur an solchen Präparaten beider Kokkenarten vorzunehmen, die unter obigen Kautelen gewonnen und fixiert und dann nach derselben Methode gefärbt waren.

Endlich verstand es sich von selbst, dafs die Präparate möglichst dünn und gleichmäfsig sein mufsten und keine Spur von Farbniederschlägen aufweisen durften, was bei der in unserem Laboratorium gebräuchlichen Methode der Entfärbung durch Anilin und Xylol nach dem Antrocknen des gefärbten Kokkenpräparates auch niemals der Fall ist.

Was nun die Messung selbst betrifft, so geht bekanntlich die mathematische Genauigkeit derselben nur soweit wie die Einteilung unseres Okularmikrometers; darüber hinaus hört eine solche auf, die Bruchteile des einzelnen Teilstriches verfallen ja stets der Schätzung. Wir mafsen mit der Ölimmersionslinse $^1/_{16}$, dem Kompensationsokular 4 und vollständig ausgezogenem Tubus, d. h. mit unserer stärksten Vergröfserung, die gerade noch haarscharfe Konturen der Kokken ohne Zerstreuungskreise gab. Bei dieser Einstellung des Mikroskopes entsprachen 49 Teile des Okularmikrometers 5 Teilstrichen des Objektmikrometers, also 50 μ. Ein Teil des Okularmikrometers war deshalb = 1,02 μ oder ohne wesentlichen Fehler = 1 μ. Wir rechneten daher den Durchmesser eines Coccus, der genau von der Mitte der Breite eines Teilstriches bis zur Mitte des nächsten reichte = 1 μ. Mit ähnlicher Genauigkeit konnte die Gröfse von zwei benachbarten und schätzungsweise genau gleich grofsen Kokken, die denselben Raum des Okularmikrometers einnahmen zu 0,5 μ bestimmt werden. Alle darunter, dazwischen und darüber liegenden Mafse (0,3—0,4—0,6—0,7—0,8—0,9—1,1—1,2) sind nur Schätzungswerte, deren Genauigkeit mit der Anzahl der Messungen und der Dauer der persönlichen Übung steigt.

Wir begannen die Messungen an Präparaten, die von jungen Kulturen auf Kochschem Nähragar herstammten und nach der bei uns gebräuchlichsten Methode — Karbolfuchsin, Antrocknen, Anilin, Xylol, Untersuchung direkt in Cedernöl — gefärbt waren. Die Gröfsenunterschiede der I. v. K. ergaben sich gröfser als die Schätzung ahnen liefs. Die gröfste Mehrzahl der Kokken besafs einen Durchmesser von 0,6—0,8 μ. Darüber beiderseits hinaus gab es aber auch stets eine kleinere Anzahl von 0,4—0,6 und von 0,9—1,2 μ. Schlofs man alle Kokken aus, die durch ihre längliche Form und die mehr oder minder deutliche Spur einer Querteilung sich als bereits in Teilung befindliche darstellten, so waren die Differenzen der Korngröfse immer noch 0,4—0,8 μ. Zog man aus

der am häufigsten vorkommenden Gröſsenform (0,6—0,8) das Mittel, so gelangte man zu 0,7 μ als durchschnittlichen Durchmesser des I. v. K.

Die mit den Vergleichspräparaten von St. p. a. vorgenommenen Messungen ergaben einen Durchmesser von 0,5—0,8 μ bei der Mehrzahl. Daneben existierte eine geringe Anzahl von 0,4 und 0,9—1,0 μ. Der durchschnittliche Durchmesser der Mehrzahl war ebenfalls = 0,7 μ oder genauer etwas darunter = 0,6—0,7 μ.

Fragen wir uns hiernach, worin der stets wiederkehrende Eindruck begründet war, den wir von rasch hintereinander bei derselben Vergröſserung gemusterten Präparaten beider Kokkenarten erhielten, daſs die St. p. a. etwas kleiner seien, so kann die Antwort nur so lauten, daſs obwohl dieselben Gröſsenverhältnisse (0,4—1,0) bei beiden Organismen immer wiederkehren, doch einerseits die Mehrzahl der Individuen beim I. v. K. eine etwas bedeutendere Gröſse besitzt (0,7—0,8 gegenüber 0,6 bis 0,7 beim St. p. a.), andererseits die wenigen ganz groſsen Individuen (1,0—1,2) nur bei dem I. v. K., nicht beim St. p. a. zu finden sind. Jedenfalls stimmt der allgemeine Schätzungseindruck mit der geringen von uns bei genauer Messung gefundenen Differenz hinsichtlich der Richtung der letzteren überein.

Genau dieselben Gröſsenverhältnisse ergaben sich bei Färbung der aus gleicher Quelle stammenden Kokken mit Unnas Gentianaviolett-Alaunlösung, Jodierung und Entfärbung mit Anilin, Abspülung mit Xylol und Untersuchung in Cedernöl.

Bei diesen beiden Färbungen zeigten die beiden Kokkenarten das besonders von Kulturen her bekannte Bild, daſs die einzelnen Kokken durch feine Zwischenräume getrennt sind, auch wo sie dichtgedrängt zusammen liegen. Diese Zwischenräume entsprechen sehr feinen, ungefärbten Hüllen, deren Vorhandensein wir ja auch schon wegen der verzögerten Teilung, der Klebeteilung, voraussetzen müssen. Andere Färbungen dieser Kokken bestätigen diese Annahme und zwar besonders die mit Anilin-Gentianaviolett und die mit Methylenblau.

Färbt man die Kokkenpräparate wie angegeben, nur mit dem Unterschiede, daſs statt der Gentiana-Alaunlösung die gebräuchliche Gentiana-Anilinmischung verwendet wird, so erscheinen die Kokken — und zwar beide Arten — gröſser. Es ist dann eben auch die feine Hülle mitgefärbt, was man sofort schon daran erkennt, daſs die feinen Zwischenräume zwischen den dicht gelagerten Kokken wegfallen und die Kokken sich gegenseitig berühren. Ein solches Klatschpräparat zeigt nun auch die von den Schnitten her bekannte Traubenform der Herde, die eben nur dadurch zu stande kommen kann, daſs — wie bei der Traube die Beeren — so hier die Kokken sich mit ihren Konturen direkt berühren oder an dickeren Präparaten sogar überschneiden. Demgemäſs zeigen denn auch die

Messungen an diesen Präparaten etwas gröfsere Durchmesser, d. h. ein Überwiegen der Individuen von 0,8—0,9 μ und eine Gröfsenzunahme der kleinsten und gröfsten Individuen um ca. 0,2 μ.

Ein geradezu entgegengesetztes Bild ergiebt die Färbung mit Methylenblau, die wir gewöhnlich mit der polychromen Lösung ausführten: Polychrome Methylenblaulösung, Antrocknen, Anilin, Xylol, Untersuchung in Cedernöl. Hier entfärbt sich stets eine besonders breite Hülle und der die Färbung zurückhaltende Kokkeninhalt ist nicht blofs kleiner als bei der Gentiana-Anilinmethode, sondern noch kleiner als bei der Gentiana-Alaun- und der Karbol-Fuchsinmethode. Alle Messungen fielen um ca. 0,1 μ kleiner aus als bei den letzteren Färbungen und zwar sowohl bei dem I. v. K. wie beim St. p. a. Bei dieser starken Entfärbung des Kokkeninhalts erwiesen sich viel mehr Kokkenindividuen bereits geteilt als bei den anderen Färbungen, indem schon sehr kleine Individuen von 0,5 und 0,4 μ eine äquatoriale Scheidewand und einen Zerfall des Inhaltes in zwei Hälften zeigten. Diese „Auflösung" der Kokkenstruktur erfolgte am besten bei einer Beizung der Methylenblaupräparate mit Jod.

Schlufsbemerkungen.

Überblicken wir die gewonnenen Ergebnisse, so geht daraus unzweifelhaft die Spezifizität, die selbstständige Stellung der Impetigo vulgaris sowohl wie die ihres Erregers, des Impetigo vulgaris-Coccus, hervor. Ob unser ockerfarbener Coccus schon einem Forscher vorgelegen hat, mufs zweifelhaft bleiben. Wir wollen jedoch von den historischen Daten noch einmal die Thatsache ins Gedächtnis zurückrufen, dafs Pogge aus den Impetigoefflorescenzen der Rügener Epidemie einen braunen oder bräunlichen Coccus züchtete, welcher die Gelatine nur mäfsig verflüssigte und — auf die menschliche Haut verimpft — nur Rötungen und Bläschen, aber keine Eiterungen erzeugte, mithin einen Coccus fand, der dem unseren in einigen wichtigen Punkten sehr nahe stand. Auch Leroux fand Staphylokokken, welche die Gelatine nicht verflüssigten, denen er übrigens keinen Wert beilegte. Es wird Sache jener Autoren sein, ihre damaligen Erfahrungen mit unseren eingehenderen Angaben zu vergleichen.

Die Zeiten sind vorbei, in denen die Impetigo contagiosa von Tilbury Fox ihre Existenzberechtigung dem Ekzem gegenüber zu verteidigen hatte, und unsere Impetigo vulgaris von heute hat es in dieser Beziehung leichter. Denn wir stehen hier auf den Schultern so bedeutender Kliniker wie Devergie, Tilbury Fox, Bazin und Vidal. Die Kliniker von heute werden es kaum mehr unternehmen, die Identität dieser klar definierten Impetigoform mit dem Ekzem aufrecht zu erhalten. Und in bakteriologischer Beziehung herrschte bei beiden Affektionen bisher ein gleiches Dunkel und

daher glücklicherweise auch kein Präjudiz für oder gegen die Spezifizität der betreffenden Krankheitserreger.

Anders steht es mit der Abgrenzung der Impetigo vulgaris von der Impetigo staphylogenes. Hier ist von vornherein, wie wir im geschichtlichen Teile gezeigt haben, die Unbefangenheit der Kliniker durch mißbräuchliche Verwertung bakteriologischer Beobachtungen verloren gegangen. BOCKHARTS Impetigo staphylogenes wurde von BOUSQUET und DUBREUILH, obwohl ihnen die klinischen Differenzen beider Krankheiten nicht entgingen, mit der Impetigo DEVERGIE-FOX-VIDAL identifiziert, da anscheinend ein gleiches bakteriologisches Untersuchungsresultat vorlag. Kliniker wie LELOIR und WICKHAM haben sich von dieser gezwungenen Anschauung nicht zu emanzipieren gewußt. Es steht daher zu befürchten, daß diese Verwechselung, deren Entstehung historisch leicht erweisbar ist, sich in der Wissenschaft festsetzt und dies um so mehr, als in der That zwischen dem Staphylococcus pyogenes aureus, dem Erreger von BOCKHARTS Impetigo, und unserem ockerfarbenen Coccus, dem Erreger der Impetigo vulgaris, eine nicht wegzuleugnende, äußerliche Ähnlichkeit besteht. Jedenfalls ist die Differenz der Krankheitserreger in diesem Falle bei weitem nicht so in die Augen fallend wie die der durch sie an der menschlichen Haut verursachten Efflorescenzen in klinischer und histologischer Hinsicht. Um so mehr halten wir es für unsere Pflicht, zum Schlusse noch einmal nachdrücklich auf alle diese im Verlaufe der Abhandlung besprochenen Differenzen hinzuweisen, und wir glauben dieses am besten und übersichtlichsten in Form einer Tabelle thun zu können.

Es unterscheiden sich:			Impetigo vulgaris UNNA	Impetigo staphylogenes BOCKHART
			I. Klinik.	
a. Primäres Bläschen	Wert	1	unwesentlich	hauptsächliches Charakteristikum
	Größe	2	stets sehr klein	verschieden, bis linsengroß
	Inhalt	3	klar, später opalin	gelb, später gelbgrün
	Dauer	4	von kurzer Dauer	von längerer Dauer
b. Sekundäres Bläschen	Größe	5	groß	nicht vorhanden
	Verlauf	6	rasch zur Kruste gerinnend	
c. Kruste	Wert	7	hauptsächliches Charakteristikum	unwesentlich
	Auftreten	8	rasch erscheinend	spät erscheinend
	Größe	9	groß	klein
	Dicke	10	dick, besonders im Gesicht	stets dünn
	Farbe	11	hornartig, durchscheinend	dunkelbraun, undurchsichtig
d. Folgezustände		12	rote, glatte Flecke	nicht vorhanden
		13	niemals nachfolgende tiefe Eiterinfektion	Folliculitis, Furunkel, Abscesse, Phlegmone, Sepsis
		14	keine Narben	Narben
e. Lokalisation		15	Gesicht, Hände, Schleimhauteingänge sind Prädilektionsstellen	keine Bevorzugung bestimmter Hautregionen

Es unterscheiden sich:			Impetigo vulgaris UNNA	Impetigo staphylogenes BOCKHART
f. Begünstigende Umstände	allgemeine	16	besondere Unreinlichkeit	vorhandene Eiterinfektion
	lokale	17	habituelle Durchfeuchtung der Haut	habituelle Kleiderreibung der Haut
g. Lebensalter		18	auf die Kindheit beschränkt, speziell das 4.—10. Jahr	in allen Lebensaltern, öfter bei Erwachsenen
h. Infektiosität		19	leicht auf disponierte Individuen übertragbar; daher Gruppenerkrankungen, Familienerkrankungen und Epidemien	haftet am Träger, schwierig übertragbar, keine Gruppen- und Massenerkrankungen
i. Prognose		20	absolut günstig	durch die möglichen Folgezustände getrübt, zweifelhaft
k. Therapie		21	Reinlichkeit und Trockenmittel genügend	energische Desinfektion der Haut, insbesondere der Haarbälge erforderlich
			II. Histologie.	
a. Primäres Bläschen	Inhalt	22	leukoserös	rein eitrig
	Umgebung	23	Epithel erweicht	Epithel nicht erweicht
	Lage d. Kokk.	24	Diplokokken an Leukocyten haftend	Kokkenhaufen zwischen Leukocyten in Traubenform
b. Sekundäres Bläschen	Inhalt	25	rein seröser Inhalt	Ein sekundäres Bläschen existiert nicht
	Kokken	26	Kokken bilden Drusen mit sparrigen Ausläufern	
c. Kruste	Inhalt	27	rein serös; nur die ersten Krusten enthalten eine Hornlamelle auf der Oberfläche	aus Hornschicht, gemischt mit Leukocyten bestehend
	Kokken	28	Kokken bilden Drusen in reinem Serum	Kokken bilden Trauben mitten im Eiter
		29	Kokken bilden ganz kurze Ketten	Kokken bilden keine Ketten
		30	Kokken bilden Haufen mit sparrigen Ausläufern	Kokken bilden Haufen ohne Ausläufer
d. Cutis	Gefäße	31	Blutgefäße stark erweitert	Blutgefäße wenig erweitert
	Zellen	32	Bindegewebszellen in groß. Umfange hypertrophisch	Bindegewebszellen nicht erheblich hypertrophisch
		33	Reichliches Vorkommen von Plasmazellen	Plasmazellen fehlen
			III. Bakteriologie.	
a. Makroskop. Verhalten der Kulturen	Farbe	34	ockerfarben, mit weißer Varietät	cadmium- od. chromfarben, mit weißer Varietät
		35	die Ockerfarbe tritt gleich anfangs auf.	die gelbe Farbe entwickelt sich erst allmählich
		36	hellere, zuw. breite Randzone	keine hellere Randzone
	Physikal. Verhalten	37	hygroskopisch	wenig hygroskopisch
		38	zäh und kohärent	wenig kohärent
	KOCHS Agar + Zucker	39	Zuckerzusatz zu KOCHS Agar hält das Wachstum zurück	Zuckerzusatz zu KOCHS Agar hält das Wachstum nicht zurück
	„LIEBIG“ Agar	40	Wachstum gut mit breiter Randzone	Wachstum schlecht ohne Randzone
	„LIEBIG“ Agar + Rohrz.	41	Kulturen blaß oder ganz farblos	Kulturen gut gefärbt
	„LIEBIG“ Agar + Glycerin	42	blasses, aber scharf abgesetztes Band	farbschwache, diffus sich ausbreitende Kultur

Es unterscheiden sich:			Impetigo vulgaris UNNA	Impetigo staphylogenes BOCKHART
	LIEBIG-Gelat. + Traubenzucker	43	bei 15° bleibt Verflüssigung ganz aus	bei 15° tritt die Verflüssigung langsam, aber in charakteristischer Weise ein
	Gelatinekult. unter Öl	44	bleiben wochenlang stark getrübt	klären sich rasch und vollständig
b. Mikroskop. Verhalten der Kulturen	Kokken	45	etwas gröfser	etwas kleiner
IV. Experimentelle Pathologie.				
Impfung von Reinkulturen auf die menschliche Haut	Virulenz der Kulturen	46	die Kulturen behalten ihre Virulenz für die menschliche Haut auch nach vielfacher Übertragung auf künstlichen Nährboden	die Kulturen werden in ihrer Virulenz für die menschliche Haut durch oftmalige Übertragung auf künstlichen Nährboden bedeutend abgeschwächt
	Folgen der Impfung	47	die Impfung erzeugt Rötung und klare Bläschen, bei disponierten Individuen die charakteristischen Krusten	die Impfung erzeugt eitrige Bläschen und niemals seröse Krusten
		48	wo die Impfung gut haftet, bilden sich nie Furunkel	der gut haftenden Impfung folgen Furunkel

Wenn es uns hiermit hoffentlich gelungen ist, ein für allemal unseren ockerfarbenen Impetigo vulgaris-Coccus aus der noch höchst unbestimmten grofsen Gruppe der Staphylokokken als einen spezifischen Organismus herauszuheben und zu definieren, so ist damit, wie uns scheint, nicht blofs ein Gewinn für die Kenntnis der Impetigo vulgaris erzielt. Uns scheint diese Abgrenzung noch eine gröfsere Tragweite zu besitzen, da sie für eine Reihe zukünftiger, dermatologischer Arbeiten vorbildlich sein dürfte, die es mit der ätiologischen Ergründung sämtlicher feuchten Hautkatarrhe, insbesondere der Impetigoarten und der verschiedenen Ekzemformen zu thun haben. Eine Schwierigkeit eigener Art tritt hier dem Dermatologen entgegen, die er selbst überwinden mufs, nämlich der Mangel an bakteriologischen Vorarbeiten über die Trennung der vielen Kokkenarten, welche als Saprophyten und Parasiten die menschliche Haut bevölkern. An dieser Stelle bedarf die bisherige bakteriologische Methodik noch einer wesentlichen Ergänzung. Einen kleinen Beitrag zur Verbesserung dieser Methodik glauben wir in dieser Arbeit gegeben zu haben.

Dafs auch auf dem Boden der bisherigen unvollkommenen Methodik, lediglich unter der sicheren Leitung des klinischen Instinkts Arbeiten entstehen können, die als ein entschiedener Fortschritt auf diesem Gebiete begrüfst werden müssen, lehrt der Aufsatz von ALMQUIST über Pemphigus neonatorum (*Zeitschr. f. Hygiene,* Bd. X. 1891, S. 253). Wir können uns nicht versagen, einen Passus aus demselben an dieser Stelle zu citieren,

um so weniger, als das Thema dieses Autors sich mit dem unserigen nahe berührt.

„Eine wichtige Sache ist hier noch zu beleuchten. Der von mir in den Pemphigusblasen gefundene Mikrococcus hat nämlich eine grofse Ähnlichkeit mit Staphylococcus pyogenes aureus. Da die Pemphigusfälle der hiesigen grofsen Epidemie sehr normal verliefen und die erkrankten Kinder und die entbundenen Frauen sehr selten, und gar nicht häufiger als sonst in dieser Anstalt von Eiterbildungen, Furunkeln u. dgl. zu leiden hatten, Parametritiden sehr selten und Puerperalfieber in dem betreffenden Jahre gar nicht vorgekommen sind, so ist man berechtigt anzunehmen, dafs der gleichzeitig so häufig vorkommende Pemphigusmikroorganismus, aller Ähnlichkeit ungeachtet, mit S. pyogenes aureus nicht identisch ist. Meine beiden Impfungen beweisen auch dieses zur Genüge. Dabei entwickelten sich nämlich, ganz so wie bei den neugeborenen Kindern, oberflächliche Blasen, der Krankheitsprozefs ging nicht in die Tiefe und heilte ohne Narbenbildung.

Obgleich die beiden Mikroorganismen so sehr verschiedenartige pathologische Prozesse hervorrufen, so sind sie sich doch, wie gesagt, sehr ähnlich. Um sie zu vergleichen, habe ich gleichzeitig den S. pyogenes aureus aus einem Karbunkel rein gezüchtet. Wenn ich nun die beiden Mikroorganismen unter dem Mikroskop betrachte, so sehen sie gleich aus, auch die Gröfsenverhältnisse sind ungefähr dieselben. Die Kulturen in Gelatine und Fleischbrühe sind sehr ähnlich. Auf Agar-Agar bilden sie beide denselben charakteristischen gelben Ölfarbenstrich, bei Pemphigus jedoch mit etwas bleicherem Rande. Da sie pathologisch so verschieden wirken, ist es ja offenbar, dafs sie auch bei Kultur bedeutende Unterschiede zeigen müssen. Die höchst verschiedene Häufigkeit der von ihnen verursachten Krankheiten weisen auch auf wichtige Unterschiede hin. Diese habe ich jedoch bis jetzt nicht anders als durch Einimpfung feststellen können, was auch den klarsten Beweis der Nichtidentität abgiebt."

Wie man sieht, befand sich Almquist dem Pemphigus neonatorum gegenüber in derselben Lage wie wir gegenüber der Impetigo vulgaris. Ohne die logische Beihülfe von Differenzen auf histologischem und bakteriologischem Gebiete zu besitzen, wie wir, kam er, allein auf klinische Gründe gestützt, zu dem — wie uns scheint — vollständig richtigen Schlusse, dafs sein durch positive Impfungsergebnisse legitimierter Coccus von dem eitererregenden St. p. a. verschieden sein müsse. Vielleicht wird es ihm noch gelingen, durch Anwendung variierter Züchtungsversuche ebenso gut Differenzen in kultureller Beziehung zu finden, wie es uns geglückt ist. Im übrigen zweifeln wir keinen Augenblick, dafs Almquists Coccus auch von dem unserigen durchaus verschieden ist, so ähnlich er äufserlich sein mag. Denn erstens erhielt Almquist durch

Verimpfung Blasen, wir stets nur kleine Bläschen, sodann ist das klinische Bild des Pemphigus neonatorum durchaus verschieden von dem der Impetigo vulgaris, obwohl beide nur seröses Exsudat liefern, und drittens müſsten, wenn der Pemphigus neonatorum nur die Impetigo vulgaris der Neugeborenen vorstellte, sich regelmäſsig an die Epidemien desselben Gruppenerkrankungen von Impetigo vulgaris bei älteren Kindern angeschlossen und die Pflegerinnen der Neugeborenen vereinzelte Efflorescenzen von Impetigo vulgaris davongetragen haben, was nicht der Fall gewesen ist. Wir möchten diesen Punkt, jeder eigenen Untersuchung vorgreifend, hier erwähnen, da viele heutige Kliniker der Analyse der Krankheitsbilder weniger freundlich gegenüber stehen als der Synthese.

Ein Fall von frühzeitiger tertiärer Syphilis.[1]

Von

Dr. A. Grosglik-Lodz.

Vom Standpunkte der Prognose aus betrachtet, liegt der Schwerpunkt der Syphilis bekannterweise in ihren späteren Erscheinungen, in den sogenannten tertiären Formen. Indem die für den Kranken so qualvollen sekundären Erscheinungen nur sehr selten irgendwelche ernstere Folgen verursachen, sind es fast ausschlieſslich die tertiären Formen, die das weitere Schicksal der syphilitisch Erkrankten gestalten, denn nur sie bedrohen die Gesundheit und oft das Leben dieser unglücklichen Kranken. Unsere sämtlichen therapeutischen Eingriffe haben zum Zwecke, die tertiären Erscheinungen entweder vollständig zu unterdrücken oder wenigstens dieselben in die entfernteste Zukunft der Patienten hinauszuschieben. Leider giebt uns weder der Charakter des Primäraffektes noch die Intensität und Häufigkeit der Recidive im sekundären Stadium Anhaltspunkte, aus denen man in jedem besonderen Falle über den weiteren Verlauf der Syphilis schlieſsen könnte. So sehen wir nach noch so ausgebreiteten Primäraffekten nur sehr leichte sekundäre und gar keine tertiäre Erscheinungen auftreten; ein anderes Mal wieder trotz des leichten Primäraffektes und gutartigen sekundären Erscheinungen sehr stürmische Formen des tertiären Stadiums. Fournier[2] z. B., dem doch niemand ausgebreitete Erfahrung und Scharfsinn absprechen wird, entrollt in dieser

---

[1] Nach einem in der Lodzer medizinischen Gesellschaft am 21. Dezember 1896 gehaltenen Vortrage.

[2] Fournier, Traitement de la syphilis, 1893, ch. II.

Hinsicht vor unseren Augen ein furchtbares Bild. So hatte in 1664 Fällen von tertiärer Syphilis das sekundäre Stadium folgenden Charakter:

1. einen gutartigen oder sogar sehr gutartigen in 1424 Fällen;
2. einen mittleren in Bezug auf Intensität und Zahl der Erscheinungen in 131 Fällen;
3. einen schweren in Bezug auf Intensität und Zahl der Erscheinungen in 45 Fällen;
4. sofort in tertiärer Form in 64 Fällen;

mit anderen Worten: in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle (in 1424 auf 1664) treten die tertiären Erscheinungen nach einem leichten, gutartigen sekundären Stadium auf. Ich selbst habe unter meiner Beobachtung einen Patienten, bei dem trotz des raschen Zuheilens des Primäraffektes und Fehlens jeder sekundären Symptome sowohl auf der Haut wie auch auf den Schleimhäuten, nach fünf Jahren sehr deutliche Gummata in der Leber und wahrscheinlich auch in den Nieren sich entwickelt haben, worauf man aus der aufgetretenen Albuminurie und einen Tag dauernden Eklampsie schliefsen konnte. Zum Glücke aber stellen sich die tertiären Erscheinungen, trotz ihrer relativen Häufigkeit, nach der Meinung der Mehrzahl der Syphilidologen, erst mehrere Jahre nach stattgefundener Infektion ein. Finger[3] giebt an, dafs am gefährlichsten das siebente Jahr der Krankheit sei, und da die sekundären Erscheinungen in der Regel zwei Jahre dauern, so bekommen wir nach Abzug dieser zwei Jahre einen Zeitraum von fünf Jahren, während welcher keine Erscheinungen der Syphilis zu Tage treten. Dieses freie Intervall kann sehr lange, etwa 10, 20, 30 Jahre und noch mehr dauern; der kürzeste Zeitraum beträgt etwa sechs Monate und nur in sehr seltenen Ausnahmefällen, sagt Finger, kann das tertiäre Stadium sofort dem sekundären nachfolgen. Es kommen aber auch schwere gummöse Erscheinungen schon in den ersten Monaten der Erkrankung vor, wenigstens, wie es Lang[4] in Bezug auf die Haut behauptet, nach den ersten sechs Monaten. Sogar die Knochen, von denen man früher glaubte, dafs sie nur nach einem längeren Zeitraum erkranken, bilden hier keine Ausnahme. Suchanek[5] z. B. sah Fälle, wo die Generalisation des Virus eben an den Knochen ihren Anfang nahm, und Soloweitschik[6] solche, wo eine ausgebreitete Erkrankung der Schädelknochen schon drei Monate nach der Infektion aufgetreten ist. Die hier aufgeführten und ihnen ähnliche Beispiele, obwohl sie gegen eine Einteilung der Syphilis in

---

[3] Finger, Die Syphilis und die venerischen Krankheiten, 1892, S. 92 f.
[4] Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis (russische Übersetzung) 1886, S. 171.
[5] Nach Lang, l. c., S. 339.
[6] Nach Lang, l. c., S. 339.

streng abgegrenzte Stadien sprechen, gehören doch zu den sehr seltenen Ausnahmen. Als solche erscheint mir auch ein von mir unlängst beobachteter Fall, den ich hier näher zu beschreiben beabsichtige.

Am 11. Mai 1898 konsultierte mich der 45 Jahre alte Patient, der folgendes angab: Vor $1^1/_2$ Jahren bekam er einen harten Schanker am Sulcus coronarius glandis; nach vier Wochen trat Roseola und Angina syphilitica auf. Recidive waren häufig; bald in papulöser Form an der Haut, bald als Condylomata lata ad anum, Alopecia diffusa; er war fast ein ganzes Jahr in Behandlung: er bekam 60 tiefe Injektionen (womit weiſs Patient nicht anzugeben) und 60 Friktionen mit grauer Salbe (wie der Kranke behauptet, mit je 4,0); in den Intervallen bekam er Jodkalium. Vor fünf Monaten bemerkte Patient, daſs sein linkes Kniegelenk anschwoll; gleichzeitig wurde es schmerzhaft und die Bewegungen wurden erschwert; es stellten sich auch Schlaflosigkeit und häufige Kopfschmerzen ein, die besonders am Abend und in der Nacht auftraten. Vor drei Monaten bemerkte Patient eine Anschwellung des linken Hodens und eine Vergröſserung der linken Hälfte des Scrotums: all' dies ging langsam aber crescendo von statten. Vor einigen Wochen fügten sich Schmerzen im linken Ellenbogen- und im rechten Schultergelenke hinzu. Patient hat nie Tripper gehabt.

Status praesens: Patient regelmäſsig gebaut, mit stark heruntergekommenem Ernährungszustande, stark abgemagert, vollständig appetitlos. Psychische Depression, Schlaflosigkeit, heftige Kopfschmerzen. Sowohl jetzt wie während der ganzen Zeit der Erkrankung war kein Fieber vorhanden. Auf der Haut ist kein Ausschlag zu sehen, nur am Bauche, Schultern, Vorderarmen und Oberschenkeln nimmt man von früheren Exanthemen herrührende Pigmentationen wahr. Ad anum findet sich ein Gewächs, welches wahrscheinlich von nicht zur vollständigen Resorption gelangten Kondylomen herrührt. Die Lymphdrüsen sind in den Inguinalgegenden, besonders in der linken, und am Halse vergröſsert, sonst nur die an den Ellenbogengelenken herauszufühlen. Die Schleimhäute und die Sinnesorgane sind frei von irgendwelchen Erscheinungen der Erkrankung. Auſserdem besteht Bronchitis chronica; von seiten der Bauchorgane ist nichts abnormes zu bemerken. Das rechte Schultergelenk ist von gesunder Haut bedeckt, Ödem ist nicht nachweisbar, dagegen besteht an manchen Stellen Schmerzhaftigkeit auf Druck und die Bewegungen sind erschwert und schmerzhaft. Ebenso verhält sich das linke Ellenbogengelenk. Das linke Kniegelenk ist bedeutend vergröſsert, die Konturen sind verwischt und verändert; die Haut über dem Gelenke ist von normaler Farbe, aber teigiger Konsistenz; am unteren Teile des Gelenkes sind die Epiphysen des Unterschenkels bedeutend, minimum um das anderthalbfache vergröſsert; hier besteht auch Schmerzhaftigkeit auf

Druck; die Bewegungen sind beschränkt und schmerzhaft. Die Cirkumferenz des Gelenkes über der Patella beträgt 39,5 cm (rechts 33 cm), über den Epiphysen des Unterschenkels 35,5 cm (rechts 31 cm). Die linke Hälfte des Hodensackes ist bedeutend vergröfsert, fast gleich der Gröfse des Kopfes eines Neugeborenen, sodafs die rechte Hälfte wie ein kleines Anhängsel aussieht. Der Hodensack ist weder auf Druck noch spontan schmerzhaft. Die Haut des Hodensackes ist glatt und stark gespannt. Der Inhalt des Hodensackes fluktuiert deutlich. Die Konsistenz ist oben hart; der linke Hoden ist als unebener Tumor deutlich herauszufühlen und mehr als zweimal gröfser als der rechte Hoden. Der Nebenhoden allein ist nicht herauszufühlen.

Auf Grund dieser hier angeführten Thatsachen stellte ich die Diagnose auf: Osteoperiostitis syphilitica simplex et gummosa epiphysum superiorum tibiae sinistrae, gonitis syphilitica chronica sinistra, arthropathia syphilitica incipiens cubiti sinistri et articulationis humeri dextri, sarco- et hydrocele syphilitica sinistra simplex et gummosa.

Der Erfolg der Therapie bestätigte vollständig diese auf dem Symptomkomplex basierte Diagnose. Schon nach zehn Tagen der spezifischen Behandlung trat solch eine grofse Veränderung ein, dafs ich den Kranken, als er in mein Kabinet trat, im ersten Augenblicke kaum erkannte: die psychische Depression war verschwunden, das Gemüt gehoben, der Schlaf und Appetit gut, keine Kopfschmerzen mehr, der Gang war fast normal. Die Schmerzen im linken Ellenbogengelenk waren vollständig verschwunden, im rechten Schultergelenke waren sie minimal. Das linke Kniegelenk war kleiner, fast schmerzlos, die Konturen dem normalen Gelenke ähnlicher, die Konsistenz der Haut noch so wie früher teigig; die Verdickungen der Epiphysen der Tibia kleiner, die Bewegungen des Gelenkes so wie normal. Die Hydrocele ist kleiner geworden, die Sarcocele statu quo ante. Erst am zwanzigsten Tag der Behandlung konnte ich die Verkleinerung der Sarcocele konstatieren; damals gelang es mir auch, die Epididymis selbständig herauszufühlen, die vergröfsert, von birnförmiger Gestalt, uneben und hart war. Der weitere Verlauf stellte nichts besonderes vor: der Zustand des Kranken besserte sich allmählich immer mehr und mehr. Zuletzt sah ich ihn am 5. Oktober 1898 (er war also fünf Monate unter meiner Beobachtung) und konstatierte folgendes: der allgemeine Zustand ist ausgezeichnet; das linke Kniegelenk hat das Aussehen und die Gröfse des rechten, vielleicht ist es ein wenig gröfser; Hydrocele nicht mehr vorhanden, der linke Nebenhoden von normaler Gröfse, wenigstens ist er nicht gröfser als der rechte; der linke Hoden ist etwas hart, aber nicht vergröfsert. Am Halse zahlreiche Lymphdrüsen; im Pharynx und in der Mundhöhle nichts abnormes. Zu der oben angegebenen Diagnose mufs

also noch hinzugefügt werden: Epididymitis syphilitica simplex et gummosa sinistra, die wahrscheinlich zu der schon vorhandenen Orchitis hinzugetreten war.

Was die Chronologie der Erscheinungen in meinem Falle anbetrifft, so ist es sehr wahrscheinlich, daſs die Gonitis erst sekundär aufgetreten sei, und daſs das Primäre die Veränderungen in den Tibiaepiphysen wären. Zu Gunsten dieser Auffassung spricht die Arthropathie im Schulter- und Ellenbogengelenke: hier war noch kein Exsudat, wohl aber eine Entzündung der Knochenhaut und der Knochenmasse der Epiphysen vorhanden. Ebenso war die Sache im Kniegelenke; sie begann mit einer Osteoperiostitis der Tibialepiphysen, die erst sekundär ein Exsudat aus der Serosa lieferte; wir hätten wahrscheinlich ein Exsudat auch in den beiden oben genannten Gelenken bekommen, wenn wir nicht rechtzeitig therapeutisch eingegriffen hätten. Diese Auffassung wird auch gestützt durch die auf eigene groſse Erfahrung basierten statistischen Daten des Professors Gay aus Kasan, die ich weiter unten angebe. Aus diesen Daten folgt, daſs die Erkrankungen der Knochen häufiger als die reinen Arthropathien auftreten; selbstverständlich müſste das Verhältnis gerade umgekehrt sein, wenn die Gelenke primär und die Knochen erst sekundär erkranken sollten. Das oben angeführte hat auch mutatis mutandis für die Erkrankung des Hodens Geltung. Als das primär erkrankte müssen wir die Hodendrüse, das Exsudat aber aus der Tunica vaginalis als das sekundäre betrachten. Wo aber der Erkrankungsherd zuerst entstand, im Hoden oder Nebenhoden, ist mit Bestimmtheit schwer zu sagen, da aus der Anamnese in dieser Hinsicht nichts zu entnehmen ist, und die Erholung, wie wir gesehen haben, ging hier wie dort pari passu; aber als wahrscheinlich können wir die Erkrankung des Hodens als älteren Datums annehmen, da er zuletzt, im Gegensatz zu dem vollständig restituierten Nebenhoden, nicht ganz die normale Form annahm.

Der oben beschriebene Fall ist in mehreren Hinsichten bemerkenswert. Erstens traten die tertiären Erscheinungen sehr früh, zu einem Zeitpunkte auf, wo wir bei rationeller Therapie gewöhnlich das erste Recidiv der sekundären Erscheinungen erwarten; und wenn wir die Langwierigkeit der syphilitischen und besonders der tertiären Erscheinungen, das Fehlen des Fiebers und wahrscheinlich die Wirkung der Suggestion von seiten des Arztes, der dem Patienten nach einer energischen Kur ein längeres freies Intervall verspricht, — alles Umstände, die zur Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten auf seine Krankheit beitragen könnten — in Betracht ziehen, so kann man fast bestimmt vermuten, daſs die beobachteten Symptome bei unserem Patienten viel früher als er angab (13 Monate nach dem Auftreten des Primäraffektes), also etwa am Ende des ersten Jahres der Erkrankung aufgetreten sind. Über die relative

Häufigkeit der in verschiedenen Stadien der Syphilis sich einstellenden Affektionen der Knochen, Gelenke und Hoden kann man aus der folgenden Zusammenstellung des Professors GAY[7] urteilen:

		Knochen	Gelenke	Hoden
Stadium condylom.	Männer	3,7 %	0,5 %	Sarc. sec. 3 Fälle
	Frauen	6,3 %	0,2 %	—
Stadium gummos.	Männer	29,2 %	5,0 %	Sarc. gum. 54 Fälle
	Frauen	31,8 %	3,0 %	—

Die Erkrankungen der Knochen sind also sechsmal, die der Gelenke zehnmal und die der Hoden 18 Mal seltener im sekundären als im tertiären Stadium.

Mein Fall verdient Beachtung auch aus dem Grunde seiner Entstehung. Einige Syphilidologen, darunter auch KAPOSI,[8] behaupten, daſs, wenn die spezifische Therapie vor Ausbruch der ersten konstitutionellen Erscheinungen oder wenn auch rechtzeitig aber ungenügend angewendet wurde, dann gewöhnlich schon sehr früh Knochenerkrankungen, wie auch überhaupt schwere Syphilissymptome auftreten. Ich übergehe die zweifelhafte Berechtigung dieser Meinung, die KAPOSI als eine durch Erfahrung bewiesene Thatsache betrachtet; ich übergehe auch die Gefährlichkeit des daraus zu ziehenden Schlusses über die Schädlichkeit der sogenannten Präventivtherapie und der frühzeitigen Behandlung der Syphilis überhaupt.[9] Mein Fall gehört jedenfalls nicht zu der von KAPOSI bestimmten Kategorie, da die Behandlung, obwohl frühzeitig angefangen, doch durch das Auftreten der Roseola, also allgemeiner Erscheinungen, hervorgerufen wurde. Daſs die Behandlung energisch durchgeführt wurde, daran wird ja niemand zweifeln; denn 60 Injektionen und 60 Einreibungen mit grauer Salbe und im Laufe des Jahres, in den freien Intervallen, Jodkalium, das ist eine Therapie, deren Energie auch der eifrigste Anhänger der FOURNIERschen Methode sich nicht schämen würde. Jedenfalls zeigt unsere Beobachtung, daſs in gewissen Fällen auch eine energische und zeitgemäſse Behandlung nicht im stande sei, das frühzeitige Auftreten von tertiären Erscheinungen zu verhindern. Wovon dies abhängt, ist schwer und vielleicht unmöglich zu beantworten. Vielleicht spielt hier die „Widerstandsfähigkeit" des befallenen Organismus eine gewisse Rolle; wissen wir doch, daſs manche Leute gegen gewisse Krankheiten immun sind und daſs die Krankheiten selbst in Bezug auf ihre In- und Exten-

[7] A. GAY, Kursus der ven. Krankheiten, 6. Aufl., 1898, S. 426, 445, 461 (russisch).
[8] KAPOSI, Pathologie und Therapie der Syphilis, 1891, S. 232.
[9] Siehe FOURNIER, Traitement de la Syphilis, besonders §§ 54 u. 55, wie auch die vernünftigen und überzeugenden Bemerkungen ELSENBERGS in seiner „Behandlung der Syphilis", 1890, Kap. IV (polnisch).

sität bei verschiedenen Individuen einen verschiedenartigen Verlauf nehmen. Es ist aber klar, dafs die sogen. „Widerstandsfähigkeit“ des Organismus uns nichts erklärt, da es nichts anderes als der Sammelbegriff für die uns noch unbekannten und im Organismus selbst bestehenden Bedingungen ist, die dieses oder jenes Verhältnis desselben zu den Krankheitsursachen hervorrufen. Aufserdem glaube ich eine den bisherigen Kenntnissen der Infektionskrankheiten nicht widersprechende Vermutung auszusprechen, dafs der Grad der Bösartigkeit der syphilitischen Erscheinungen doch auch von der gröfseren und kleineren Rapidität, mit der sich die uns noch unbekannten syphilitischen Mikroorganismen vermehren, abhängen könnte; oder schliefslich, dafs hier die Natur des Mikroorganismus selbst von Einflufs sei, womit ich sagen will, dafs es verschiedene bald mehr bald weniger gefährliche Varietäten desselben geben könnte, die das eine Mal leichtere, das andere Mal schwerere Erscheinungen hervorrufen.

Dafs in solchen Fällen, wie der meinige, und sogar in noch schwereren die einzig rationelle Therapie die spezifische sei, beweist der oben beschriebene Erfolg der Behandlung.

Versammlungen.

Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 26. Januar 1899.

1. **Ein Beitrag zur Ätiologie des Pemphigus simplex neonatorum**, von S. Beck. B. referiert über die bakteriologischen und histologischen Untersuchungen obenerwähnten Falles. Bei dem 14 Tage alten Knaben entwickelte sich vor 8 Tagen ein Bläschenausschlag, kaum nach 8 Tagen starb das Kind. Der Inhalt der grofsen serösen und seropurulenten Blasen, so auch das Blut des Kindes wurden noch während des Lebens bakteriologisch untersucht: Sowohl im Blaseninhalte, als auch im Blute konnte er grofse, in der Regel zu zweien gepaarte Kokken sowohl mikroskopisch als auch kulturell nachweisen; hauptsächlich waren dieselben im Blaseninhalte nachweisbar, weniger im Blute. In der Litteratur veröffentlichte ähnliche Untersuchungen sind auch positiv ausgefallen, so in den Fällen von Gibier, Sahli, Claessen und Demme; im Gegensatze zu den chronischen Pemphigusfällen der Erwachsenen, mit Ausnahme von 1—2 Beobachtungen, z. B. Dänhardt, sind die Untersuchungsresultate stets negativ ausgefallen. B. schliefst sich der Ansicht von Henoch an, dafs der Pemphigus acutus als spezifische Krankheit nicht existiert, sondern dafs die verschiedenartigsten im Blute kreisenden Gifte solche Blaseneruptionen hervorrufen können, welche klinisch das Bild des Pemphigus zeigen.

Róna ist der Ansicht, dafs man unter Pemphigus nur eine Erkrankungsform einreihen soll und zwar den Pemphigus vulgaris und den Pemphigus foliaceus. Alle jene Formen, welche von diesen schweren Erkrankungsformen abweichen, sollen anders benannt werden, z. B. pemphigoide Erkrankungen. — Beck ist auch der Ansicht, dafs

die akuten Pemphigusformen anders benannt werden sollten; dieselben sind aber klinisch derart ähnlich den chronischen, dafs derzeit diese zwei Formen schwer auseinander zu halten sind, es könnte wohl die Bakteriologie in der Zukunft eine Aufklärung herbeiführen. Übrigens pflegt häufig die Krankheit mit akutem Charakter zu beginnen und geht später ins chronische Stadium über.

2. **Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme et nodosum kompliziert mit Episcleritis,** von Schein. Das Erythema exsudativum multiforme geht häufig einher mit Erkrankung der Mundschleimhaut, so auch mit Gelenkaffektionen. Nebstdem sind Komplikationen beschrieben worden, welche Kehlkopf, Trachea, Bronchien und Herz ergriffen; hingegen fand er weder in den Lehrbüchern der Augenheilkunde, noch in denen der Hautkrankheiten eine Erwähnung dieser Komplikation, welche bei der 18jährigen Frau vorhanden ist. Die Affektion begann sowohl auf der Haut als auch am Auge vor 8 Tagen in ein und derselben Zeit. Auf dem Gesichte sind zahlreiche Blasen und Erythemflecke vorhanden, auf den Unterschenkeln typische Erythema nodosum-Knoten. Auf beiden Skleren befindet sich je ein unregelmäfsiger, emporragender, flacher, weifser Knoten. Die Knoten sind beinahe viermal so grofs als die Phlyctaenen der Conjunctivitis lymphatica. Um und über denselben sind die Blutgefäfse stark injiziert. Nach seiner Ansicht steht diese Affektion in kausalem Zusammenhange mit dem multiformen Erythem; es spricht schon dafür die Art der Entwickelung und dafs dieselbe zu gleicher Zeit aufgetreten ist, da ja selbe auch auf Exsudation und Injektion beruht. Nebstdem zeigt dieser Fall die Zusammengehörigkeit des Erythema multiforme mit dem Erythema nodosum. — Róna erinnert an den Fall von Erythema papulosum, den er in einer der letzten Sitzungen vorstellte, bei welchem Veränderungen auf der Conjunctiva vorhanden waren. Veränderungen auf der Sclera hat er auch noch nicht gesehen.

3. **Einen Fall von Lichen ruber planus** stellt Havas vor. Bei der 21jährigen Puella publica sind der Rumpf und die Extremitäten mit dichten stecknadelkopf- bis hanfkorngrofsen typischen Knötchen besät, nebstdem zahlreiche bis kreuzergrofse sepiabraune Flecken, deren Ränder kranzartig mit kleinen Lichen ruber-Papeln eingesäumt sind. Bemerkenswert bei diesem Falle ist, dafs zuerst die moniliforme Eruption auftrat und erst nach Zurückbildung dieser während der Arsenmedikation die akute Proruption sich entwickelte.

4. **Ein Fall zur Diagnose,** von Havas. Die 23jährige Puella publica wurde vor ca. 3 Monaten mit dem ausgeprägten Bilde der Scabies auf seiner Abteilung aufgenommen, welche als solche behandelt wurde (Ungt. Wilkinson). Die Scabiessymptome verschwanden, während der Zeit aber entwickelten sich auf dem Rumpfe und noch mehr auf den Extremitäten hanfkorngrofse, hellrote Knötchen, deren Kuppe pustulös verändert war, entsprechend den Haarfollikeln und Talgdrüsenmündungen. Das Exanthem ging mit keinem Jucken einher, erzeugte blofs etwas Spannung, sodafs er dasselbe als eine Folliculitis irritativa auffafste, hervorgerufen durch irgendwelchen chemischen Reiz oder pathogene Mikroorganismen. Es wurde nun Zinkpaste angewendet. Nachdem aber während der Pastenbehandlung die erwähnten follikulären Efflorescenzen sich noch bedeutend vermehrten, gruppierten und bogenförmig aneinanderreihten und auch auf den Beugeseiten der Extremitäten auftraten, mufste die Annahme auftreten, ob es sich nicht um einen Lichen scrophulosorum oder um ein papulöses Syphilid handelt, letzteres umsomehr, nachdem sich auch die Cervikaldrüsen bedeutend vergröfserten. Nach längerer Beobachtung und öfterer intensiver Untersuchung konnte aber kein sonstiges Symptom nachgewiesen werden, welches auf Syphilis hätte schliefsen lassen. Selbst die Farbe etc. sprachen auch gegen die Diagnose Syphilis. Der Lichen scrophulosorum konnte nun auch ausgeschlossen werden,

da dagegen die Form, Gröfse und Verlauf der einzelnen Efflorescenzen spricht. H. ist nun der Ansicht, dafs es sich hier um einen einfachen follikulären Prozefs handelt, welcher entweder durch einen pathogenen Mikroorganismus oder einen ihm unbekannten chemischen Reiz hervorgerufen wurde.

Róna kann sich leicht in die Schwierigkeit der Diagnosenstellung versetzen, da er vor kurzer Zeit Gelegenheit hatte einen ähnlichen Fall zu beobachten. Eine Puella publica wurde auf einer anderen Abteilung gegen Scabies mit Ungt. Wilkinson behandelt, nach einigen Tagen kam selbe auf seine Abteilung und bekam daselbst eine allgemeine pustulöse Eruption. Es bestand hochgradige Polyadenitis und ein Ulcus molle. Die Frage war nun, ob es sich 1. um Lues, 2. um Lichen scrophulosorum oder 3. um eine Folliculitis arteficialis handelte. Nach achttägiger Beobachtung und Ausschliefsung mufste er die Diagnose auf Folliculitis arteficialis bei einem skrophulösen Individuum stellen. Auch in diesem Falle war die hochrote Farbe der Pusteln ausgeprägt, was bei Syphilis nicht vorhanden ist, und bei der die regressiven Papeln Pigmentflecke hinterlassen.

5. **Ein Fall von Ichthyosis localis palmaris et plantaris,** von A. Alpár. Bekanntlich sind selbst bei den hochgradigsten Fällen der Ichthyosis die Handteller und Fufssohlen frei; eine um so seltenere Form ist diejenige der Ichthyosis, bei welcher die allgemeine Decke frei ist und die Affektion sich blofs auf Handteller und Fufssohlen erstreckt und welche Form Ichthyosis localis genannt wird. Diese Form ist eine äufserst seltene, sodafs dieselbe von einzelnen Autoren als eine andere Erkrankungsform aufgefafst wird. — Bei dem 5jährigen Knaben besteht eben eine solche Form. Die Mutter giebt an, dafs sich bei dem Kinde im neunten Lebensmonate auf den Handtellern und Fufssohlen die Epidermis in grofsen beinahe auf die ganzen Flächen sich erstreckenden Blasenformen abgehoben hat. Die Blasen wurden aufgestochen, worauf sich die Epidermis in grofsen Stücken ablöste; diese Blasenbildung wiederholte sich öfter, welcher Zustand beiläufig drei Monate anhielt, worauf dann die Haut daselbst allmählich diejenigen Veränderungen eingegangen ist, welche noch zur Zeit bestehen. Bei dem Kinde sind nämlich die Handteller und Fufssohlen mächtig, teilweise schwielig verdickt, teilweise mit einige Millimeter dicken verhornten Schwarten bedeckt, welche zerklüftet und schmutzig braun verändert sind. Diese Verhornung ist auf den Sohlen noch intensiver entwickelt, dieselben fühlen sich wie Knochenplatten an. Daselbst ist der Prozefs ein diffuser, mit derselben Intensität auf die Zehen übergehend, welche dadurch selbst passiv schwer zu bewegen sind, rückwärts erstreckt sich die Erkrankung bis zur Achillessehne, an der Seite bis zum Rande des Fufsrückens. Die allgemeine Decke zeigt sonst absolut keine Veränderungen. Das Kind kann sich im übrigen ganz gut bewegen, hat etwas watschelnden Gang, auf Druck äufsert sich auf manchen Stellen Schmerzhaftigkeit. Diese Erkrankungsform kann natürlich differentialdiagnostisch nur mit der Tylosis in Zusammenhang gebracht werden. Bei letzterer sind aber die Verhornungen weder so ausgebreitet, noch so symmetrisch, sondern nur auf einzelne circumscripte Stellen beschränkt, welche in den meisten Fällen die Folgen über kürzere oder längere Zeit anhaltender mechanischer oder chemischer Reizwirkungen sind, sodafs man in der Regel von der Lokalisation der Schwielen auf die Beschäftigung des Individuums folgern kann. Diese Schwartenbildungen pflegen in der Regel nach Entfernung der äufseren Schädigungsmomente entweder von sich selbst zu verschwinden oder auf Medikation zu heilen. Alle diese Momente sind natürlich in diesem Falle auszuschliefsen.

Neumann referiert über drei Fälle (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898), welche er in Dalmatien zu beobachten Gelegenheit hatte und welche eine Zeit lang für Lepra ge-

halten wurden. Bei diesen waren auch die Veränderungen, sowohl was die Lokalisation und Intensität, als auch was das klinische Bild anbelangt, diesem Falle ziemlich ähnlich. Bei den Fällen von NEUMANN konnte aber nachgewiesen werden, daſs die Erkrankung eine ererbte war, welche Vererbung selbst bis auf mehrere Generationen zurückgeleitet werden konnte. Diese Fälle gehören wenigstens in ätiologischer Beziehung in eine andere Kategorie, und NEUMANN hat dieselben auch unter dem Namen **Keratoma hereditarium** besprochen. Hingegen ist in der ganzen Familie dieses Kindes keine Ichthyosis vorgekommen, drei Geschwister sind gesund und obzwar bei den meisten Ichthyotischen Heredität nachweisbar ist, giebt es genügend Fälle, wie auch dieser Fall es zeigt, wo das ätiologische Moment noch unbekannt ist.

6. **Ausgebreitete perianale papillomatöse Wucherungen bei einem Manne,** von A. ALPÁR. Bei dem 42jährigen Manne ist die Analöffnung mit ausgebreiteten papillomatösen Wucherungen verlegt; vom Sphinkter an bis zum Gesäſse sind zahlreiche haselnuſsgroſse, papillomatöse Geschwülstchen vorhanden, welche beiderseits am Rande des Gesäſses hahnenkammähnliche Figuration zeigen. Das Leiden begann vor drei Monaten. Patient bemerkte damals in der Analöffnung ein erbsengroſses Geschwülstchen. Für die mächtige Wucherung dieser Papillome ist in diesem Falle schwer eine Erklärung zu finden, da irgendwelche Irritationsprodukte sowohl seitens des Darmes als auch der perianalen Haut nicht nachweisbar sind. Patient hat nie an irgendwelcher akuten oder chronischen Darmerkrankung gelitten, durch öftere mikroskopische Untersuchung des rektalen Sekretes konnte die Blennorrhoe ausgeschlossen werden, so konnte auch irgendwelcher Macerationsprozeſs der perianalen Gegend nicht nachgewiesen werden.

RÓNA hat bei einem 16jährigen jungen Manne derartige papillomatöse Wucherungen gesehen, der eingestanden hat, daſs er Päderast ist. — WEISS hat bei einer 11jährigen Virgo intacta kopfgroſse Papillome gesehen. — HAVAS nimmt an, daſs durch Anhäufung des Schweiſses und durch Maceration die papilläre Hypertrophie entstanden ist, es war wahrscheinlich hier auch Intertrigo vorhanden gewesen.

7. **Ein Fall von Ichthyosis mit Hautinfiltration, cruralen Lymphdrüsenschwellungen und chronischer Nephritis,** von IVÁNYI. Patient, 13 Jahre alt, leidet bereits seit Geburt an einem juckenden und schuppenden Ausschlag; eine seiner Schwestern hat ein ähnliches Leiden. Im Gesichte ausgebreitete Ekzematisation, die ganze allgemeine Decke ist schuppend und rauh anzufühlen. Nebstdem sind die Streckseiten der Unterarme und der unteren Extremitäten stark infiltriert und mit zahlreichen Excoriationen bedeckt. In beiden Cruralgegenden sind taubeneigroſse, harte Drüsen zu tasten. Die subjektiven Klagen bestehen in mäſsigem Jucken. In diesem Falle ist das gleichzeitige Vorhandensein von Ichthyosis und Prurigo schwer zu bestimmen. Der Verlauf spricht vorläufig für Ichthyosis kombiniert mit Pruritus und Ekzematisation, bis jetzt konnte eine typische Prurigoeruption nicht nachgewiesen werden. In welcher Beziehung die Nephritis mit der Hautaffektion steht, darüber kann er sich nicht bestimmt äuſsern.

HAVAS erklärt den pathologischen Prozeſs für eine Ichthyosis, zu welcher sich infolge der chronischen Nephritis ein Pruritus zugesellte und infolge des Kratzens Ekzem und Hautinfiltration sich entwickelten. — RÓNA möchte diesen lokalisierten Pruritus nicht mit der chronischen Nephritis in Zusammenhang bringen, denn sonst müſste auf der ganzen Haut Jucken entstehen, und nicht wie hier auf circumscripten Stellen.

A. Alpár-Budapest.

Fachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1898. Heft 6.

I. **Der Unterricht in der Dermatologie und Venereologie an den italienischen Universitäten,** von Prof. Tommasoli. Wenn T. einerseits anerkennend erwähnt, daſs nicht weniger denn 17 Lehrstühle für Dermatologie und Syphiligraphie an den italienischen Hochschulen bestehen, so findet er andererseits, daſs noch eine ganze Reihe von Übelständen zu beseitigen sind, und ladet in diesem Sinne sämtliche Kollegen des Reiches ein, ihre diesbezüglichen Vorschläge an die italienische Gesellschaft für Dermatologie zu richten. Vor allem möchte er, in Anbetracht des auſserordentlich groſsen Gebietes unseres Spezialfaches, die Dermatologie von der Venereologie getrennt wissen, wie dies bereits in Turin und Florenz der Fall ist. Ferner will er den obligatorischen Unterricht auf eine zweijährige Dauer ausdehnen.

II. **Hereditäre und konzeptionelle Syphilis,** von N. La Mensa. Da die Spermatozoen die spezifischen Erreger der Lues nicht in sich aufzunehmen vermögen, sind sie auch nicht im stande die Infektion auf das weibliche Ei zu übertragen, mit anderen Worten: es findet keine virulente hereditäre Übertragung der Krankheit vom Vater auf den Fötus statt. — Wie alle anderen Elemente des Organismus haben auch die Spermatozoen die schädliche Wirkung der Infektion erfahren und ihre tiefgreifenden Veränderungen. Demnach wird auch ihr Produkt, d. h. der Fötus, die Folgen, das Resultat der konstitutionellen Krankheit des Vaters tragen müssen. Dies wird dann in Gestalt von Syphilismus, wenn es sich um Lues, von Tuberkulismus, wenn es sich um Tuberkulose handelt, in die Erscheinung treten. — Da das Vorhandensein der spezifischen Keime einer Krankheit im Ei vor der Befruchtung in keiner Weise erwiesen ist und ebenso wenig, daſs das Ei diese Keime unbeschadet in sich aufnehmen kann, darf man auch vorläufig nicht von einer Übertragbarkeit der syphilitischen Infektion durch das Ei sprechen. — Da die weiblichen Keimzellen dieselben intimen Veränderungen erfahren haben wie die männlichen, so werden erstere ihre besonderen Eigenschaften auf den Fötus übertragen in Gestalt des als Syphilismus bezeichneten konstitutionellen Zustandes, der um so schwerer ausfallen wird, als die Mutter nicht nur im Augenblicke der Konzeption, sondern während der ganzen Dauer der Schwangerschaft die Wirkung ihrer eigenen Krankheit auf den Fötus auszuüben fortfährt. — Da der Syphilismus als ein Folgezustand der Infektion und nicht als die Infektion selbst aufgefaſst werden muſs, kann es nicht zu einer Übertragung der Krankheit vom Fötus auf die gesunde Mutter kommen, oder mit anderen Worten, man wird es nicht mit einer konzeptionellen Infektion, sondern mit einem konzeptionellen Syphilismus zu thun haben, und in gewissem Sinne mit einer Art Immunisation. — Was man somit als konzeptionelle Lues betrachtet hat, muſs vielmehr als — wenn man will im Augenblicke der Empfängnis, aber von dieser unabhängig — acquirierte aufgefaſst werden.

III. **Über die Resorption des Quecksilbers durch die Haut,** von Piccardi. Aus den Resultaten seiner Untersuchungen schlieſst Verfasser 1. daſs bei Auftragen grauer oder Kalomelsalbe, sowie bei Einpinselungen von Kalomeltraumaticin auf die Haut bei Körpertemperatur sich ein Teil des Hg in Dampfform umwandelt und in den menschlichen Organismus eindringt; 2. daſs die Hg-Dämpfe die unverletzte Haut durchdringen und vom Organismus resorbiert werden können.

IV. **Kolloides Pseudo-Milium,** von C. Pellizzari. Verfasser beschreibt einen Fall jener Dermatose, welche von Wagner zuerst als Kolloidmilium, dann von Besnier als kolloide Degeneration der Cutis, von anderen als miliare kolloide Degeneration des Derma, miliares Kolloidom, Hyaloma cutaneum etc. — Leloir und Vidal, Auspitz etc. — beschrieben worden ist. Gestützt auf den histologischen Befund schlägt er die Bezeichnung „kolloides Pseudomilium" vor. Den pathologischen Vorgang bei der Affektion stellt er sich in folgender Weise vor: In einer vorzugsweise passiv hyperämischen Haut mit Dilatation der kleinen Venen werden die oberen Schichten der Cutis von einer scheinbar gekörnten Substanz — vielleicht eine durch die fixierten Stoffe koagulierte Flüssigkeit — imprägniert. Die elastischen Fasern werden rasch zerstört, die Gefäfsscheiden — mit Ausnahme der endothelialen — und Bindegewebsfasern der Cutis schwellen an, nehmen ein homogenes Aussehen an, d. h. sie gehen einen Degenerationsprozefs ein, den wir als hyaline Degeneration bezeichnen. Zwischen den degenerierten Fasern bleiben zahlreiche Zellenelemente des weichen Bindegewebes bestehen.

V. **Über einen Fall von akuter disseminierter Miliartuberkulose der Haut,** von Pelagatti. Es handelte sich um ein zweijähriges Kind, das an Lungen- und Darmtuberkulose starb und bei dem man eine über Lenden, Nates, Ober- und Unterschenkel disseminierte Eruption konstatierte, welche aus blafsgelblichen, die Umgebung überragenden, trockenen Knötchen, von der Gröfse eines Stecknadelkopfes, ohne hyperämischen Hof, mit einer centralen, rauher anzufühlenden, stellenweise schuppenden Partie bestanden. Verfasser giebt eine ausführliche histologische Beschreibung dieser Elemente, von denen er drei Kategorien unterscheidet: 1. stecknadelkopfgrofse Papeln frischeren Datums und von einer squamösen Kruste bedeckt; 2. ältere etwa hanfkorngrofse Knötchen, ebenfalls mit einer Kruste; 3. ulcerierte, linsengrofse Knötchen. Überall Tuberkelbacillen in grofser Menge.

VI. **Statistische Untersuchungen über die Keratosis pilaris,** von Sprecher. Die Keratosis pilaris ist eine sehr häufige Hautkrankheit, die keine oder nur geringe Beschwerden verursacht und sich an den Gliedern, dem Rumpfe, dem Gesichte und auf dem Haarboden lokalisiert. Die Affektion beginnt in der Kindheit und erreicht ihre höchste Entwickelung zwischen 25 und 30 Jahren, worauf sie langsam wieder abnimmt. Die ersten Erscheinungen zeigen sich an den Gliedern; bald darauf wird der Rumpf und das Gesicht, viel später der Haarboden befallen. Die Keratosis pilaris der Gliedmafsen und des Rumpfes kommt etwas häufiger beim Manne als bei der Frau vor; das Gegenteil ist für die Lokalisation im Gesichte der Fall. Die Keratosis des Haarbodens kommt ausschliefslich beim Manne vor. Die Affektion befällt hauptsächlich das Haarbalg-Talgdrüsensystem und führt es zur narbigen Atrophie. Sie hat keine Beziehungen zu anderen Krankheiten und wird in gleicher Weise beim gesunden und kranken Menschen angetroffen. Ätiologisch kommen in Betracht die Heredität und jede Art von aufsen kommenden Reizes.

VII. **Über das Vorkommen weifser Blutkörperchen mit eosinophilen Granulationen bei einigen Hautkrankheiten,** von Truffi. Die Ergebnisse der Untersuchungen des Verfassers stimmen mit denen von Leredde und von Perrin überein. Danach ist eine ausgesprochene Eosinophilie im Blute und in der Flüssigkeit der Blasen und Bläschen ein spezifisches Merkmal einiger pemphigoider Dermatosen, während sie bei anderen bullösen und vesikulösen Affektionen gar nicht angetroffen wird; so z. B. nicht beim eigentlichen Pemphigus. Bei dieser Gelegenheit wiederholt Verfasser seine bereits anderweitig aufgestellte Behauptung, dafs der Pemphigus foliaceus von Besnier vom wahren Pemphigus losgetrennt und zu den Pemphigoiden gesellt werden mufs. Der Nachweis der eosinophilen Zellen in der Blasenflüssigkeit

ist nur so lange möglich, als der suppurative Prozefs noch nicht weit vorgeschritten ist; je älter die Blase ist, um so weniger eosinophile Zellen werden vorhanden sein, da sie einen regressiven Prozefs eingehen. Bezüglich der Pathogenese hält Verfasser die chemotaktische Theorie von Ehrlich für die annehmbarste. Danach werden die eosinophilen Zellen im Knochenmark gebildet und von dort durch die Wirkung positiv chemotaktischer Substanzen nach dem Blute oder den verschiedenen Punkten des Organismus angezogen. *C. Müller-Genf.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Januar 1899.

I. **Der Ringworm, wie er in Boston auftritt,** von Charles J. White. Die Ausführungen des Verfassers beschränken sich streng auf die eigenen Studien, die er über den Ringworm, wie er sich unter den Armen Bostons darbietet, gemacht hat. Der Ringworm wird durch einen vegetabilischen Parasiten hervorgerufen, welcher nach der Ansicht des Verfassers, in Übereinstimmung mit anderen Autoren, mannigfaltige Verschiedenheiten je nach den verschiedenen Ländern und Nährböden, in denen er sich entwickelt, aufweisen kann. — Von 279 mit positivem Resultate untersuchten Ringwormfällen wurde die Krankheit in 139 (52%) durch das Mikrosporon Audouini, in 127 durch das Megalosporon hervorgerufen. In 13 Fällen war das Ergebnis zweifelhaft. Der Pilz wurde in 120 Fällen auf der Kopfhaut gefunden, in 3 auf Kopfhaut und Hals, in 1 im Barte, in 5 im Gesicht, in 4 am Halse, in 3 am Stamme, in 2 an den Beinen, in 1 an den Armen. Der Pilz konnte von 80 männlichen und 59 weiblichen Individuen isoliert werden. — Das Alter der Patienten kann für die Diagnose des Ringworms der Kopfhaut insofern verwertet werden, als beinahe ausnahmslos Ringworm der Kopfhaut bei einer Person über 13 Jahre durch das Megalosporon verursacht wird. Der Verfasser beschreibt das durch das Mikrosporon Audouini und durch das Megalosporon hervorgerufene Krankheitsbild und teilt die Resultate der Reinzüchtungen beider Pilzformen sehr ausführlich mit.

II. **Chronische, katarrhalische Prostatitis,** von H. M. Christian-Philadelphia. Während der Verfasser mit Fuller darin übereinstimmt, dafs in einer grofsen Zahl der publizierten Fälle von chronischer Prostatitis es sich thatsächlich um chronische Urethritis posterior gehandelt hat, ist er andererseits gleichzeitig fest überzeugt, dafs hinreichend klinische Thatsachen vorhanden seien, um die Existenz der chronischen, katarrhalischen Prostatitis, als einer gesonderten Krankheit, abgesehen von der Erkrankung der Samenbläschen zu beweisen. — Absolut charakteristisch für die Affektion hält Verfasser folgende klinische Merkmale: 1. Das glasige, wie Glycerin aussehende Morgentröpfchen, das aus der Prostata stammt und dem Patienten beim Erwachen an der Harnröhrenmündung als „Tripperausflufs“ imponiert. Der erste Urin zeigt keine Fädchen, da das Prostatasekret sich in demselben auflöst. Ein anderes häufiges, aber weniger pathognomonisches Zeichen ist die Prostatorrhoe, die gewöhnlich bei der Defäkation oder am Schlusse des Urinierens auftritt. Verfasser legt diesem Symptom weniger Gewicht bei, weil man es auch gelegentlich bei nicht pathologischen Zuständen der Prostata antrifft. 2. Konstanten Schmerz in der Harnröhre, der entweder an der Glans penis oder in der Perinealgegend lokalisiert ist und vorübergehend durch Urinieren nachläfst. Ähnlich lokalisierte Schmerzen können gelegentlich Blasensteine verursachen; wo jedoch sonstige Symptome für solche fehlen, wird man mit Sicherheit chronische, katarrhalische Prostatitis annehmen können. Ein anderes Symptom, das die Patienten vielfach beunruhigt, ist das häufige Urinieren, nicht selten in gabelförmig geteiltem oder gewundenem Strahl. Das Fehlen einer Striktur kann durch

Einführen von Sonden den Patienten ad oculos demonstriert werden. Die rektale Untersuchung ergiebt bei der chronischen, katarrhalischen Prostatitis leichte Vergröfserung der Prostata, die sich weicht anfühlt. Massieren der Drüse verursacht viel Schmerzen und läfst unterschiedslos an der Harnröhrenmündung ein reichliches Prostatasekret erscheinen, welches mikroskopisch aus Phosphaten und Eiter besteht. Kann man sonstige Erkrankungen der Harnröhre und der Samenbläschen ausschliefsen, so deutet die Anwesenheit von Eiter in dem durch Massieren erhaltenen Prostatasekrete auf eine chronische Entzündung der Tubuli der Prostatadrüse hin. Viele Patienten sind neurasthenisch. — Die Behandlung wird an erster Stelle auf das Allgemeinbefinden gerichtet und deshalb eine tonisierende sein. In dieser Beziehung hat Verfasser von Ichthyolsuppositorien, eines vor dem Schlafengehen eingeführt, und von am Morgen ausgeführten heifsen Rectaldouchen sehr wohlthuende Wirkung beobachtet. Einmal wöchentlich wenigstens soll mit dem Finger die Prostata massiert werden. — An zweiter Stelle dem Werte nach kommen Ausspülungen der hinteren Harnröhre mit Argentum nitricum-Lösung (1 : 6000), deren Stärke von zwei zu zwei Wochen bis 1 : 2000 zunehmen soll. — Sehr gepriesen werden bei der Behandlung der chronischen Prostatitis Sondierungen mit grofskalibrigen, kalten Sonden. Verfasser hält diese Methode ebenfalls für sehr wirksam, rät jedoch wohl zu beachten, ob nicht infolge der Sondierungen zu starke Reizung der Harnröhrenschleimhaut und Urethrorrhoe entsteht. Enthält die Absonderung mikroskopisch hauptsächlich Epithelialzellen, so soll man die Sondierungen sofort unterbrechen. — Die Behandlung mit dem Psychrophor hält Verfasser für sehr nützlich, wenn man ein grofskalibriges Psychrophor benutzt und das eiskalte Wasser zehn Minuten lang durchfliefsen läfst, Bedingungen, die leider nur selten erfüllt werden. — Das Radfahren hält Verfasser für nicht schädlich, wenn das Rad einen zweckmäfsigen Sattel hat.

III. **Ein eigentümlicher Fall von Granuloma des Gesichts und der Extremitäten**, von F. J. Shepherd-Montreal. Eine 28jährige, magere, nervös aussehende Frau bekam 1—2 Wochen nach der Geburt ihres Kindes zwei kleine Knoten auf der linken Seite des Gesichts. Dieselben wuchsen stetig und wurden schmerzhaft. Im weiteren Verlaufe bildeten sich in den Knoten einige kleine Öffnungen, durch welche eine gelbliche Substanz zum Vorschein kam. Kurze Zeit darauf entwickelte sich ein ähnlicher Knoten in der Mitte der Aufsenfläche des rechten Beines; die Knoten des Gesichts sonderten eine übelriechende, blutig-seröse, dünne Flüssigkeit ab und wurden nach und nach ausgehöhlt. Der obere Knoten des Gesichts, welcher in der Jochbeingegend safs, wuchs schneller als der unmittelbar darunter liegende. Beide Knoten waren etwa ³/₄ Zoll über das Niveau der Haut erhaben, fühlten sich auf Druck schwammig an und sahen blafs rötlich aus. Die Oberfläche hatte ein kraterförmiges Aussehen. — Vom unteren Tumor wurde behufs mikroskopischer Untersuchung ein Stückchen excidiert. Spezifische Mikroorganismen wurden nicht entdeckt, auch Tuberkelbacillen fanden sich nicht vor. Die mit Alaunkarmin gefärbten Schnitte zeigten verlängerte Papillen, eingenommen von einem sehr feinmaschigen Bindegewebe. Die Maschen waren von kleinen, runden oder ovoiden, mononuklearen Lymphzellen erfüllt. Das die Papillen überlagernde Epithel war verdickt. Unter der Behandlung mit starker Quecksilbersalbe verschwanden innerhalb von drei Monaten alle Tumoren mit Hinterlassung deutlicher Narben. — Eine bestimmte Diagnose der Affektion vermochte Verfasser nicht zu stellen. Für Syphilis waren anamnestisch keine Anhaltspunkte vorhanden.

IV. **Einige Beobachtungen über die Prostata**, von R. H. Greene und J. W. Blanchard. 214 Fälle von Urethritis mit Ausflufs aus der vorderen Harnröhre wurden untersucht: 1. auf Mitbeteiligung der hinteren Harnröhre, 2. auf Mitbeteiligung der

Prostata. — In 29 Fällen wurde auch das Prostatasekret mikroskopisch untersucht. — Von den 214 Fällen war in 142 (= 66%) auch die hintere Harnröhre, in 72 (= 34%) die vordere Harnröhre allein befallen. In 102 (= 47%) Fällen erwies sich die Prostata vergröſsert. In 101 von diesen letzteren war die hintere Harnröhre entzündet, in einem nur die vordere. Die Prostatavergröſserung oder Schwellung war deutlich ausgeprägt im linken Lappen in 73 (= 71%) Fällen, im rechten in 19 Fällen (= ca. 19%). Eine allgemeine Vergröſserung war in 10 Fällen vorhanden. In 29 Fällen wurde das Prostatasekret untersucht. Es fanden sich fast in allen Fällen: 1. Eiter; 2. Leukocyten; 3. wenige eosinophile Zellen; 4. sehr viele kleine, wohl erhaltene Lymphocyten; 5. sehr viele Erythrocyten; 6. groſse und kleine, kugelförmige Epithelien mit meist excentrischem Kern; 7. einige Gebilde ohne Körnchen; 8. wenige, zumeist kurze und dicke Stäbchen.

V. **Ein Fall von Blasenpapillom, durch die Epicystotomie entfernt,** von F. Tilden Brown. Die 60jährige, sehr nervöse Patientin hat früher an Rheumatismus und Malaria gelitten. Vor drei Jahren bemerkte sie zum ersten Male, daſs ihr Urin bluthaltig war, und daſs sie beim Urinieren Schmerzen empfand. Die Blasenblutungen lieſsen zeitweilig nach; seit den letzten Wochen jedoch hörten sie nicht mehr auf. Das Urinieren war in der letzten Zeit zwar weniger mit Schmerzen verbunden, dagegen wurden hin und wieder krampfartige Zusammenziehungen im Abdomen verspürt. Die cystoskopische Untersuchung stellte einen wallnuſsgroſsen, sphärischen, glatten, gelblichgrauen Tumor fest, der hinter der rechten Ureterenmündung lag, gestielt war und nahe der Basis vorn eine dunkle, schwach erodierte, blutig gefärbte Vertiefung zeigte. — Unter Chloroformnarkose wurde die Epicystotomie gemacht, der Tumor entfernt. Es erfolgte vollkommene, nachhaltige Heilung.

C. Berliner-Aachen.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band II, Heft 4 (Oktober 1898).

I. **Die Behandlung der Syphilis,** von Follen Cabot-New York. Der Verfasser bietet in seiner Abhandlung einen nicht neuen, aber immer wieder zu beherzigenden Mahnruf, den syphilitischen Patienten genaue Instruktionen bezüglich ihres Verhaltens gegenüber der Umgebung zu geben, und schlägt, wie es bei uns ja schon vielfach geschieht, vor, in Polikliniken und Ambulatorien gedruckte prophylaktische Maſsregeln an die Kranken auszuhändigen, um der genitalen wie extragenitalen Weiterverbreitung der ins soziale Leben der Völker so einschneidenden Krankheit vorzubeugen. Cabot führt vier Fälle von extragenitaler Infektion an. Was die Therapie anbetrifft, so empfiehlt er für den Primäraffekt als am dienlichsten Kalomel als Pulver oder Wasserstoffsuperoxydumschläge. Das sekundäre Exanthem soll ja erst voll abgewartet werden, ehe man mit einer Allgemeinbehandlung beginnt, schon deshalb, daſs dem leicht zur Unterschätzung seines Leidens geneigten Syphilitiker die Erinnerung daran nicht schwindet. Bei der Behandlung empfiehlt sich eine Abwechslung von innerer und cutaner Merkurdarreichung. Für Schnellkuren ist die subcutane und intramuskuläre Darreichung der Quecksilbersalze am Platze.

II. **Radikale Heilung des chronischen Ekzems,** von Macomber-Delta. 4½jähriges Kind. Chronisches Ekzem seit der sechsten Woche des Lebens. Jede Medikation bisher fruchtlos. Phimose mit reichlichem Smegma. Letzteres wahrscheinliche Ursache des Ekzems. Äuſserlich als Therapie Karbolsäurezinklanolin, innerlich Chinatinktur mit Arsen, Digitalis und Strychnin. Tägliche Reinigung der Glans penis. Darauf Heilung.

III. **Papillom des Penis**, von Irwin-Lafayette. Ausgedehntes Papillom des Penis bei einem 30jährigen Manne, seit fünf Jahren bestehend. Operative Entfernung. Heilung ohne Recidiv. Die Abhandlung bietet sonst nichts Bemerkenswertes.

IV. **Präcolumbische Lepra**, von Ashmead - New York. (Fortsetzung.) Siehe pag. 48, No. 1.

V. **Ein ungewöhnlicher Fall von Syphilis**, von Frick-Kansas City. An der Hand eines einschläglichen Beispiels vertritt der Autor die Ansicht, daſs eine Mutter, die ein syphilitisches Kind gebiert oder einen Abortus infolge Lues durchmacht, wohl bezüglich des primären und sekundären Stadiums der Krankheit als geschützt zu betrachten ist, jedoch tertiäre Symptome in derselben Weise darbieten kann wie Personen, die gewöhnliche primäre und sekundäre Erscheinungen durchgemacht haben. — Es handelt sich um eine 28jährige, seit zehn Jahren verheiratete Frau, die abgesehen von einem Abortus im dritten bis vierten Monat (1891) nicht das geringste Zeichen irgend einer Krankheit dargeboten hatte, obwohl sie auſserordentlich auf Haut- und Körperpflege achtete und wohl keine Eruption unbemerkt hätte vorübergehen lassen. Sie bekam nach weiteren sechs Jahren ein Geschwür am weichen Gaumen, das sich als zerfallendes Gumma herausstellte und unter Jodkalium glatt heilte.

VI. **Die Wirkungen des unvollständigen Beischlafes**, von Pigg-South Mc Alester. Die kurze Abhandlung trägt diese Überschrift ganz mit Unrecht. Nach einer langen Einleitung, die Beispiele von widernatürlicher Unzucht aus der Mythologie und aus der Bibel bringt, die zum Thema nach Ansicht des Referenten nicht entfernt gehören, schlieſst der Verfasser mit dem Ausspruch, daſs viele Frauen, ohne gerade krank zu sein, an dem ehelichen Übereifer ihrer Gatten zu leiden hätten und daſs der Ehemann stillende Frauen zu schonen habe; von einer Besprechung des in der Überschrift versprochenen unvollständigen Kopulationsaktes ist überhaupt keine Rede.

VII. **Verhütung syphilitischer Folgezustände**, von Martin-St. Louis. Martin empfiehlt die Syphilis gleich vom Primärstadium an allgemein zu behandeln. Wenn das geschieht, ist die ganze Krankheit meist mit sechs Monaten geheilt. Da das spezifische Quecksilber die roten Blutkörperchen zerstört, empfiehlt es sich durchaus, blutbildende Medikamente nebenher zu geben.

VIII. **Angeborener vollständiger Verschluſs der Präputialöffnung**, von Hodgdon-Maryland. Ein neugeborenes Kind wurde von Hodgdon wegen totalen Fehlens einer Vorhautöffnung 44 Stunden nach der Geburt circumcidiert. Kurze Zeit darauf läſst das Kind eine enorme Menge Urins. Heilung ging glatt vor sich. Es betrifft dieser Fall das jüngste Kind, welches Verfasser dieser Operation unterzogen hat. Weitgehende Verlegungen der Präputialöffnung bei Neugeborenen gehören nicht zu den gröſsten Seltenheiten, wohl aber gilt dies für den berichteten Fall, wo weder mit bloſsem noch mit bewaffnetem Auge auch nur eine Spur einer Öffnung in der Vorhaut zu entdecken war. Anschlieſsend verbreitet sich Hodgdon über die Vorzüge der Phimosenoperation. Man sollte im allgemeinen mehr zu diesem therapeutischen Eingriff seine Zuflucht nehmen, erstens aus Gründen der Reinlichkeit, zweitens um zahlreiche nervöse Störungen durch die Operation zu beseitigen, drittens aus venereologischen Rücksichten (weniger Lues unter den Juden als unter den Christen). Auch andere Leiden haben in der Phimose und deren Schädigungen ihre Ursache. So wurden durch eine operative Beseitigung des Übels nach Berichten gebessert Fälle von Epilepsie, Asthma, Neurasthenie, Enuresis nocturna und andere Leiden. Man kann und muſs sich vorstellen, daſs das zum Teil verhärtete, zum Teil sich zersetzende Smegma Reizungen abgiebt, die auf reflektorischem Wege obengenannte Erscheinungen auslösen. — Eine Herabsetzung der Sensibilität findet in beträchtlichem Sinne durch die Spaltung der Vorhaut oder Umschneidung nicht statt. Hodgdon sieht letztere

Operationsmethode vor und beschliefst seine Abhandlung mit einer ausführlichen Beschreibung derselben, die den Lesern bekannt sein wird.

IX. **Gesichtsrose**, von Brodnax - Brodnax (Louisiana). Als ausgezeichnete Behandlung, die jede externe Medikation ziemlich überflüssig machen soll, empfiehlt der Autor folgende: Man bereite sich drei Pulver Kalomel zu 0,6 g und drei Pulver Kalium nitricum zu 1,2 g. Beginnend mit Kalomel sollen die Pulver alle halbe Stunden abwechselnd und zwar mit Wasser eingenommen werden. Für Kinder genügt die halbe Dosis. Nur bei Blasenbildung macht sich dann noch ein alle 24 Stunden zu wechselnder Borsalbenumschlag nötig. Das Fieber geht darauf sofort zurück, und wenn diese Behandlung sofort im Beginn der Erkrankung eingeschlagen worden ist, tritt schon nach 24—36 Stunden Abschälung der Epidermis ein. Bei Rückfällen wiederhole man das Verfahren in gleicher Weise.

X. **Parasitäre Sykosis**, von Martin-St. Louis. Verfasser erklärt den Unterschied zwischen gewöhnlicher und parasitärer Bartflechte, sagen wir besser der durch Eitererreger und der durch Trichophytonpilze hervorgerufenen Sykosis, ohne dabei, ebenso quoad therapiam eine nicht bekannte Thatsache zu bringen.

XI. **Prophylaxe gegen den Tripper des Mannes**, von George J. Monroe-Louisville. Verfasser empfiehlt als absoluten Schutz gegen blennorrhoische Infektion, nach dem Coitus Wasser zu lassen, den Penis mit Teerseife abzuwaschen und dann zweimal, erst für einen Augenblick, dann für mehrere Minuten folgende Lösung in die Harnröhre zu injizieren, auch das Glied mit derselben Lösung abzuwaschen: Kal. permanganic. 3,0, Aqu. 200,0.

XII. **Hermaphroditismus und verwandte Disposition**, von Phillips-St. Louis. Verfasser berichtet über einen durch eine gute Abbildung illustrierten Fall von Hermaphroditismus. Die Person zeigte völlig weiblichen Typus hinsichtlich des Gesichtsausdrucks, der Sprache und der Entwickelung der Brüste. Neben einer geräumigen Vulva und Vagina bestanden an Stelle der Clitoris ein erektiler kleiner Penis und am oberen Auslauf der Labien zwei deutliche Testikel. Ob weibliche Fortpflanzungsorgane bestanden, wird nicht berichtet.

Hopf-Dresden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus completus, von Siebourg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 9. Juni 1898.) Verfasser beobachtete ein Wesen, welches immer als Mädchen gegolten hatte und eine wohlausgebildete Vulva mit grofsen und kleinen Schamlippen und Hymen hatte. An Stelle der Clitoris fand sich ein wohlausgebildeter Penis, an dessen Unterseite von der Harnröhrenmündung im Vestibulum eine seichte Furche verlief. Innere weibliche Geschlechtsorgane fanden sich nicht, wohl aber liefsen sich zwei rundliche Körper als Hoden ansprechen, die im Inguinalkanal steckten.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zur Anatomie der Lymphgefäfse der männlichen Geschlechtsorgane, nebst Bemerkungen über ihr Verhältnis zum Syphilisprozefs, von M. Horowitz und M. von Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1897. No. 24 ff.) Die Arbeit

erschien bereits vor acht Jahren in den Berichten des ersten Kongresses der deutschen dermatologischen Gesellschaft und wird nochmals an dieser Stelle veröffentlicht, weil sie nicht zur allgemeinen Kenntnis gelangt zu sein scheint. — Die Injektion der Lymphgefäfse wurde nach SAPPEYS Methode vorgenommen; das Injektionsgebiet liegt für die oberflächlichen Lymphgefäfse des männlichen Gliedes vom Frenulum ab längs der Raphe des Penis bis zum Penisscrotalwinkel. — Man kann, abgesehen von feinen Netzen und kurzen Stämmchen, welche im Hautgewebe selbst verlaufen, oberflächliche und ein tiefliegendes Lymphgefäfs des Penis unterscheiden. Die oberflächlichen liegen subcutan und auf der Tunica albuginea, während das tiefliegende Lymphgefäfs unter der Tunica albuginea neben der Vena dorsalis penis verläuft. — Bei Injektion in der Medianlinie des Frenulum füllt sich ein sehr feines Netz sowohl im Frenulum selbst, als auch in seiner nächsten Umgebung. Zugleich steigen zwei Stämmchen, je eines nach rechts und links, von der Frenularfläche des Penis nach dessen Dorsalfläche, wo sie sich oft zu einem Stamme vereinigen oder getrennt zum Schamberg verlaufen. Neben ihnen findet man am Rücken des männlichen Gliedes jederseits noch 2, 3 oder 4 gröfsere Lymphgefäfsstämme. Die vom Frenulum aus sich füllenden Lymphgefäfse verlaufen fast median am Dorsum penis und machen am Schamberg eine jähe Biegung nach rechts oder links und abwärts zu den betreffenden Lymphknoten, in welche sie einmünden. Die seitlichen Lymphgefäfse vereinigen sich entweder mit den medianen am Schamberge oder miteinander und ziehen dann als selbstständige Stämme zu den Inguinalknoten. Injektionsversuche unter und in das innere Blatt des dorsalen Teiles der Vorhaut ergaben ein sehr spärliches kapilläres Netz. — Das eigentliche Wurzelgebiet der oberflächlichen Lymphgefäfse des Penis ist in der Gegend der Raphe gelegen. Macht man eine Injektion zwischen vorderem Frenularende und Eichel, so füllt sich ein ungemein reiches Netz von engerem Maschenbau und ein Gefäfs, welches $^1/_2$ cm hinter der Eichelfurche kranzförmig um die Eichel bis zur entgegengesetzten Seite der Befestigungsstelle des Frenulum an der Eichel zieht. Dieses Gefäfs kann man am Lebenden bei verschiedenen krankhaften Vorgängen als stark geschwollenen und harten Strang wahrnehmen. Die tiefen Lymphgefäfse des Penis konnten die Verfasser an 35 Kadavern nur zweimal injizieren. In beiden Fällen zog das tiefe Lymphgefäfs in der Medianlinie der oberen Fläche des Gliedes vom Sulcus coronarius angefangen bis zur Symphyse hin, wo es sich in zwei Äste teilte, von denen einer im Lymphknoten der Leistengegend endete, der andere in einen Beckenknoten einmündete. Hieraus ergiebt sich (was auch v. PATRUBAN bestätigt), dafs Infektionsstoffe, welche am Penis deponiert werden, sofort, ohne in den Leistenknoten Halt zu machen, in die Lymphknoten der Beckenhöhle gelangen können. — Ferner besteht zwischen einzelnen, ganz bestimmten Regionen des Lymphgefäfssystems der äufseren Geschlechtsteile des Mannes nicht nur im Wurzelgebiete, sondern auch zwischen den entsprechenden gröfseren Saugaderstämmen ein Zusammenhang. So gehen auch die Lymphgefäfse des Hodensackes mit den angrenzenden des Penis Kommunikationen ein. — In die am meisten medial liegenden inguinalen Lymphknoten münden die Lymphgefäfse des Penis, in den zweiten mehr lateral und unten liegenden Knoten ergiefsen sich die Saugadern des Scrotum, die dritte am weitesten lateral liegende Lymphknotengruppe nimmt die Gefäfse der allgemeinen Bedeckung des Bauches unter dem Nabel, der Aufsenseite des Oberschenkels und des Gesäfses auf. Eine vierte, meist zwei Drüsen umfassende Gruppe liegt am weitesten nach unten und sammelt die Lymphgefäfse des Unterschenkels und der Innenseite des Oberschenkels. Verbindungen zwischen den Knoten finden sich dann, wenn auch die entsprechenden Gefäfse mit einander kommunizieren. — Warum erkranken, wenn ein Geschwür links vom Frenulum sitzt, oft

die Leistenknoten der entgegengesetzten Seite? Weil der Lymphgefäſsstamm des erkrankten Gebietes zuweilen sich direkt im Bogen zu den Lymphknoten der entgegengesetzten Seite begiebt. — Ein noch unbekanntes Lymphgefäſs stellten die Verfasser durch Injektion von Berlinerblau in den Hoden dar. Es folgt dem Vas deferens durch den Leistenkanal ins Becken, läuft unter dem Peritonealüberzug der Blase fort, um dann medial vom Vas deferens in einem Knoten in der Nähe der Vena iliaca zu endigen. Bei Epididymitis können Gonokokken auf diesem Wege ins Becken gelangen und peritonitische Erscheinungen hervorrufen. — Ebenso kann vom Penis her bei syphilitischer Infektion der Giftstoff direkt zu den Lymphknoten im Becken gelangen. Dies ist ein weiteres Argument gegen die Excision des Primäraffektes, die auch nach den Ansichten der Verfasser zur Verhütung der Allgemein-Syphilis zwecklos ist.

I. Bloch-Berlin.

Die medizinische Gymnastik in der Behandlung der Urogenitalkrankheiten des Mannes, von R. Huldschiner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 28.) Die bisher noch wenig gewürdigte Heilgymnastik und Massage bei Urogenitalleiden scheint nach den von Anders Wick in seinem Handbuch der medizinischen Gymnastik doch gröſsere Beachtung zu verdienen, so daſs Verfasser auf Anregung Posners einige Erfahrungen darüber sammelte. — Von den Indikationen für Massage kommen Erhöhung des Muskeltonus, Herabsetzung zu groſser Reizbarkeit, Wegschaffung entzündlicher Infiltrate, Depletion überfüllter Venenplexus auch bei Urogenitalerkrankungen in Betracht. — Die vollständig entleerte Blase ist der Massage leicht zugänglich (Friktion, Vibration). Bei Harnröhrenstriktur konnte Verfasser wiederholt beobachten, wie der Harnstrahl kräftiger wurde, die Blasenentleerung leichter, schneller und vollständiger von statten ging, so daſs eine beträchtliche Erhöhung des Blasentonus nach der Massage sich eingestellt hatte. Geringer waren die Erfolge bei Patienten mit Prostatahypertrophie. Es gelang auch durch Massage einen durch perimetritische Adhäsionen entstandenen Traktionsdivertikel der Blase erheblich abzuflachen, wie sich cystoskopisch nachweisen lieſs und durch das Verschwinden der subjektiven Beschwerden bestätigt wurde. — Vorübergehende Massagewirkung kann man durch einfaches Eindrücken der suprapubischen Gegend in Fällen schwieriger Blasenentleerung ausüben, wodurch es oft gelingt, die Blase wirklich zu exprimieren. — Bei erhöhter Blasenreizbarkeit kombinierte Verfasser die direkte Blasenmassage mit Massage per rectum, mit Streichungen und Klopfungen des Perineums, mit Beinrollungen, Schenkelstreckungen und Beugungen, und sah auch hier recht günstige, zum Teil wohl der Suggestion zu dankende Erfolge. — Periurethrale Infiltrate, besonders in der Gegend des Bulbus und der Pars membranacea werden durch Vibrationsmassage des Perineums schnell zur Resorption gebracht. Natürlich darf weder frische Entzündung noch Tendenz zur Eiterung vorliegen. — Die Prostatamassage ist schon länger eifrig geübt worden. Verfasser nahm bei chronischen Prostatitiden Massage und Zitterschüttelungen vom Rektum her vor. Beinrollung und -Drehung, Beinanziehung und -Ausstreckung wirken dabei unterstützend. Der Druck muſs gelinde sein, darf nie Schmerzen hervorrufen. Neben der subjektiven Besserung haben die positiven Erfolge nicht gefehlt. Prostatamassage empfiehlt sich auch bei Impotentia coeundi nach lokaler Erkrankung der hinteren Harnröhre und des Colliculus seminalis. — Die Massage der Samenblasen bei Spermatorrhoe wird am besten mit dem Feleki'schen Massierstab ausgeübt.

I. Bloch-Berlin.

Penis, von Englisch. (*Eulenburgs Real-Encyclop.* Bd. XVIII.) Die Defekte des Membrum virile sind ziemlich selten und finden sich meist zusammen mit anderen Abnormitäten der äuſseren und auch der inneren Genitalien. In Kürze werden die-

selben vom Verfasser durchgegangen. — Einmündung der Urethra ins Rektum mit totalem Fehlen des Penis, scheinbares Fehlen bei Hypospadia scrotalis, Abwesenheit beider oder eines Schwellkörpers des Penis, Verdoppelung des Gliedes, Durchbohrung desselben durch zwei Kanäle, angeborene Penisfistel u. s. w. — Zu den funktionellen Störungen sind Verminderung und Vermehrung der Erektion zu zählen. Erstere kann auf dem physiologischen Altern oder auf Krankheiten beruhen, die Harn- und Geschlechtsorgane und das Centralnervensystem betreffen. Narben nach Verletzungen sind oft die Ursache partiell unvollständiger Erektionen infolge mangelhafter Füllung der Corpora cavernosa penis. Übermäſsige Erektion (Priapismus, Satyriasis) ohne gleichzeitig bestehendes Wollustgefühl kann vorübergehend oder chronisch auftreten; letzteres nach Excessen in venere, bei Diabetes, meist wenn die Kranken Säufer sind, und nach Schuſsverletzungen. Die Schwellkörper der Harnröhre sind dabei nicht beteiligt, ebensowenig die Glans. Dem Auftreten des Priapismus pflegen Prodrome vorherzugehen (Schmerzen im Perineum, Ziehen in den Gliedern). Entzündliche Prozesse können in Eiterung mit Schüttelfrösten verbunden übergehen. Die Therapie ist durch die kausalen Momente gegeben: Blutentziehungen lokaler Natur sind oft von günstiger Wirkung, doch entleert sich meist wenig Blut, da dasselbe wie geronnen in dem Maschenwerke des Schwellkörpers erscheint. Meist hört der priapistische Zustand plötzlich spontan auf. — An die Funktionsstörungen schlieſsen sich die Gefäſsveränderungen des Penis an. An der Eichel, am inneren Vorhautblatt und der Penishaut beobachtet man zuweilen Varicen, meist bestehen daneben auch Varikositäten des Scrotums, des Samenstrangs und des kleinen Beckens. Venenektasien treten auf nach Masturbation, nach Traumen und vorübergehend nach Operationen. Noch seltener sind hier Lymphektasien zu beobachten. — Aneurysmen kamen an der Arteria dorsalis penis und dem Corpus cavernosum penis zur Beobachtung, daneben Aneurysmata spuria nach Quetschungen. Die Aneurysmen der Schwellkörper pulsieren nicht, weshalb sie einen Absceſs vortäuschen können. — Bei den Verletzungen des Penis unterscheidet man einfache, welche die Haut und Corpora cavernosa penis, und komplizierte, welche gleichzeitig die Harnröhre betroffen haben. — Verletzungen an dem hängenden Teil des Gliedes sind wegen dessen Beweglichkeit seltener. Quetschungen erfolgen entweder und meist während der Erektion durch Fall und Stoſs oder durch Einführen von Gegenständen in die Urethra. Je nach der Gewalt der Einwirkung kommt es zu kleinen oder gröſseren Blutaustritten, oft bis zur Schwellung, Steifigkeit und Blaufärbung des Penis. Hautemphysem tritt selten auf. Tritt es sogleich auf, so sind Haut-, Mastdarm- oder Urethralverletzungen die Ursache; tritt es später auf, so rührt es von Gewebszersetzung her. Harnverhaltungen können sofort oder später sich einstellen und zu den schwersten Komplikationen führen (Harninfiltration, Gangrän). Fibröse Entartungen im Gewebe können auch später Verkrümmungen des Penis erzeugen. — Die subcutanen Schwellkörperzerreiſsungen, welche mit dem Namen „Fraktur“ häufig belegt werden, während doch selbst bei Zerreiſsung des höchst erigierten Gliedes nur fibröses Gewebe verletzt wird, erfolgen am häufigsten beim Coitus oder den Versuchen, ein verbogenes Glied (Chorda) gerade zu richten. Meist geht eine entzündliche Veränderung den Zerreiſsungen bei der Erektion voraus. Das erste Symptom ist ein heftiger Schmerz an der Riſsstelle, der oft ausstrahlend wirkt und oft zur Ohnmacht des Kranken führt. Das Glied erschlafft sofort, oft mit winkeliger Knickung. Darauf tritt eine Blutgeschwulst auf, die so stark sein kann, daſs später die gedehnte Penishaut abstirbt. Bei Mitzerreiſsung der Harnröhre flieſst Blut aus derselben ab. — Crepitation hört man, wenn das Blut im Schwellkörper geronnen ist. Die Prognose hängt vom Grad der Zerreiſsung und den folgenden Entzündungserscheinungen

ab. Tödlicher Ausgang erfolgt meist nur durch Hinzutreten von Gangrän. Meistens geht die Verletzung in eine fibröse Verhärtung des Gewebes aus. Das kann zu allerlei Konsequenzen führen. Bei der Erektion kann z. B. nur der hintere Teil des Penis steif werden, oder aber der vordere erst viel später. Die Behandlung besteht in Anwendung von Kälte bei aufwärts gelagertem Penis. Bei zu sehr gespannter Haut ist eine Incision anzuraten, tiefe Einschnitte bei Infiltration mit Harn und Eiterungen. — Von den Quetschwunden finden sich am häufigsten Verletzungen der Schwellkörper beziehentlich auch der Harnröhre durch einschnürende Ringe, Drähte und Fäden, die bei Kindern und Erwachsenen zur Verhinderung spontaner Harn- und Samenergüsse angelegt, teils auch aus masturbatorischen Gründen gehandhabt worden sind. Entfernung der Schädigung ist hier die erste Indikation. Stichwunden sind wegen der geschützten Lage des Gliedes selten. Schnittwunden sind nächst den Quetschwunden die häufigsten Verletzungen des Penis. Sie befinden sich besonders an der Pars pendula. Sie werden verursacht teils durch Operationen, teils durch Selbstverstümmelung, Verstümmelung von dritter Seite oder Zufälle. Besonders die Blutung springt in die Augen, je stärker, je tiefer der Schnitt reicht. Sie kann zur Verblutung führen. Ferner droht häufig eine Harninfiltration, besonders bei Längswunden. Wenn für Abfluſs des Harns gesorgt wird, ist die Prognose bei Urethralverletzungen nicht ungünstig, Stillung der Blutung ist das erste Erfordernis. Die Naht wird von einigen Seiten ganz verworfen, das Einlegen eines Katheters genügt oft zur Heilung. Erektionen sind hintanzuhalten, da sie dieselbe stören (Kälte, Champagner mit Opium). Biſswunden sind selten, jedoch wegen der Gefahr der erfolgten Infektion gefährlich. — Schuſswunden sind ein häufiges Vorkommnis und betreffen meist auch andere Organe, seltener den Penis allein. (Abschieſsen der Eichel bei erigiertem Penis, Längsschuſs durch das Glied ohne Verletzung der Harnröhre u. a.) Die Erscheinungen sind im wesentlichen die gleichen wie bei den vorher genannten Verletzungen. häufiger sind aber danach langdauernde Erektionen beobachtet worden, sowie erklärlicherweise Wundinfektionen. Behandlung: Eventuelle Entfernung des Projektils, sonst symptomatische Therapie. Eine besondere Stellung nimmt noch die Luxation des Penis ein, die darin besteht, daſs der von der Haut durch irgendwelche äuſsere Verletzungen befreite Penis unter der Hautdecke sich in irgend einer abnormen Richtung, nach dem Hoden zu, nach der Symphyse oder der Leistenbeuge hin verschiebt. Die Hauptgefahr bietet hierbei wiederum die Urininfiltration. Das Glied hängt dabei schlaff herab und stellt sich als ein leerer Sack dar. Es gelingt fast nie, einen Katheter einzuführen, vielmehr muſs bei Harnverhaltung der Blasenstich vorgenommen werden. Der Vorschlag Nélatons, mit einer Kornzange durch den Hautsack einzugehen und das Glied hervorzuziehen, ist schwer ausführbar, bessere Orientierung gewährt noch der eingeführte Finger. Meist wird die Spaltung der Haut erforderlich sein. Die Entzündungen des Gliedes verteilen sich nach den verschiedenen Schichten, die befallen sind, auf Haut, Unterhautzellgewebe, Gefäſse und Schwellkörper, allein oder in ihren verschiedenen Verbindungen. Sie sind fast nie primär, sondern die Folgen von Entzündungen der Harnröhre und deren nächster Umgebung. Primär werden sie nur bei Tuberkulose und Diabetes beobachtet. Die einfachste Form ist das Ödem des Penis. Es findet sich bei allen Erkrankungen, die überhaupt Ödem verursachen, begleitet aber auch häufig Strikturen, Blasen- und Samenstrangverletzungen sowie Harninfiltration, auch ist es ohne nachweisbaren Grund gesehen worden. Als Zeichen einer beginnenden Phlebitis im Plexus prostaticus wird es auch nach Operationen der Harnröhre und Blase beobachtet. — Die Balanitis und Balano-Posthitis treten entweder circumscript oder diffus auf. Erste zeigt sicht oft ohne weitere Folgen nach dem Coitus in Gestalt von roten Knötchen

oder weifsen Bläschen, die einen kleinen scharfrandigen Epithelverlust, der bald abheilt, hinterlassen. Die diffusen Formen sind die Folge von Smegmazersetzung, Unreinlichkeit überhaupt und von dyskrasischen Leiden, ebenso von Zuckerharnruhr. Die Balanitis diabetica kann tiefgreifend werden (Balanitis interstitialis profunda, Fournier), wobei es dann zur Verhärtung der Oberfläche kommt, ja zur Gangrän. Zuweilen treten Verwachsungen von Eichel und Vorhaut ein. Die Behandlung besteht in Reinhaltung, Anwendung von Kälte und Adstringentien beziehentlich in spezifischer Behandlung. Lymphangitis, als Strang oder diffus in Netzform, tritt bei Blennorrhoe, Geschwüren und Entzündungen der Eichel, Vorhaut und Penishaut auf. Sie hat hier nichts Charakteristisches, geht aber leicht in die chronisch indurative Form über, welche dann bei den Erektionen Beschwerden verursacht und zu Recidiven führen kann. Die Phlebitis am Penis tritt ähnlich auf. Ihr liegen aber meist tiefere Leiden der Harnorgane oder Pyämie zu Grunde. Der Strang der Vene liegt dann jedoch dem Schwellkörper direkt auf. — Das Erysipel ist am Penis verhältnismäfsig selten. Eine Besonderheit dabei ist die ausgedehnte seröse Infiltration des Unterhautzellgewebes infolge dessen grofsmaschiger Beschaffenheit und Verschiebbarkeit. Das Glied erscheint dadurch unförmig. Daneben sind Blasenbildung und Hautgangrän gewöhlich zu beobachten. Die phlegmonösen Entzündungen sind teils Fortpflanzungen lokal entzündlicher Prozesse an Penis oder der Harnröhre, teils Zeichen einer Allgemeinerkrankung (Typhus, Variola, Tuberkulose). Selten tritt Phlegmone ohne Hautverletzung auf. Harnentleerung und Geschlechtsfunktion sind dabei gestört. Das Glied ist auffallend vergröfsert. Kälte und Entspannungsschnitte. — Die Cavernitis kann alle 3 Schwellkörper befallen. Das Corpus spongiosum urethrae erkrankt nach allen möglichen Urethralaffektionen, die des Penis können dann auch erkranken. Die Entzündungen der Corpora cavernosa penis kommen aber auch selbstständig vor und zwar nach Traumen, Excessen in venere, sowie als Teilerscheinungen von Typhus, Variola, Pyämie, Leukämie u. s. w. Das Glied ist zuweilen dauernd erigiert und schmerzt stark, Harn und Same wird unvollständig oder gar nicht ententleert. Meist besteht heftiges Fieber. Oft besteht Urethralsekretion, auch kann es zu Abscefsbildung kommen. Der Verlauf ist meist ein akuter. Die chronische Form z. B. bei Blennorrhoe führt zu fibröser Entartung und Knochenbildung. — Der Ausdruck Penitis bezeichnet eine alle Schichten und Teile des Gliedes betreffende Entzündung. Meist führt dieselbe zu Gangrän. Letztere ist überhaupt nur bei sehr heruntergekommenen Individuen anzutreffen. Der Brand kann als trockener oder feuchter in Erscheinung treten. Seine Ätiologie wurde bei den früher besprochenen Peniserkrankungen erörtert. Die Behandlung mufs eine chirurgische sein. — Sehr selten zeigt der Penis wegen seiner geschützten Lage die Zeichen der Erfrierung, deren Behandlung wie an anderen Körperteilen sich darstellt. — Chronische Entzündungen des Gliedes stellen die Elephantiasis, die fibröse Entartung und die Verkalkung dar. Die Elephantiasis wird selten am Glied allein gesehen. Sie ist im Süden häufiger zu treffen, besonders in den Tropen. Rationell ist nur die chirurgische Therapie. Die fibröse Entartung ist nicht sehr häufig zu beobachten. Sie zeigt sich meistens in den Schwellkörpern, selten an der Eichel. Die knotigen Indurationen können zerstreut liegen, sind multipel, in Reihen angeordnet, oder es besteht nur ein einziger Knoten. Je weniger da sind, desto gröfser pflegen sie zu sein (bis zu Kastaniengröfse). Ihre Konsistenz ist verschieden. Nur die gröfsten sind schon bei schlaffer Beschaffenheit des Penis zu sehen. Bei der Erektion werden sie schmerzhaft. Das Glied kann dabei ganz verschiedenartig gekrümmt sein. Der Samenergufs erfolgt meistenteils erst nach der Erschlaffung des Gliedes. Ätiologisch sind postblennorrhoische Schwellkörperleiden, Traumen, Gicht und Lues hervorzuheben. Die Behandlung mufs

auf Resorption bedacht sein. Die operative Entfernung der Indurationen sollte das ultimum refugium sein. — Die Verkalkung und Verknöcherung betrifft gröfstenteils nur Teile des Penis. Meist verknöchert die Scheidewand beider Schwellkörper des Gliedes, und zwar sind als Ursachen Verletzungen und Lymphangitiden verantwortlich zu machen. Die Behandlung kann nur chirurgisch sein. — Fremdkörper im eigentlichen Penis sind so selten, so häufig sie in der Harnröhre beobachtet werden. Sie sind dann entweder von dort oder von aufsen eingedrungen. Ihre Entfernung nach chirurgischen Gesetzen ist die einzige Behandlungsmethode. Bei Sitz in den Schwellkörpern fällt die Blutstillung schwer. Die Erscheinungen der Erkrankung sind die Störungen der Kontinuität und Entzündungen aller Stufen. — Die Neubildungen des Penis können gutartiger und bösartiger Natur sein. Zu ersterer Gattung gehören die seltenen Cysten, meistens Vorhautatherome, die papillären Wucherungen, entsprechend hypertrophischen Papillen mit reichlicher Epithelauflagerung mit meist schmieriger Absonderung, als Prädilektionsstelle den Eichelkanal einnehmend, und die hornartigen Gebilde (Hauthörner). Letztere sind trocken, machten keinerlei Empfindungen, recidivieren aber gern nach ihrer Entfernung. Ihr Umfang ist zuweilen enorm, bis zur Gröfse der Eichel, an deren Seite sie mit Vorliebe sitzen, ja bis zu einer Länge von 4 Zoll. Die häufigste Neubildung am Penis ist zweifellos das Carcinom als Epitheliom, Carcinom oder Cancer melanodes auftretend. Von 134 Fällen (Demarquay) waren 112 Epitheliome, 22 Cancer. Die Haut des Penis war in $^1/_5$ der Fälle der Sitz der Erkrankung. Paget hat für $^1/_{10}$ aller Fälle Erblichkeit als Ursache nachgewiesen. Nach Demarquay sind die Lues und die Phimose prädisponierende Momente. Alle Forscher sind bezüglich des letzteren Momentes einig, nicht so betreffs der Syphilis als Prädispositionsursache. Heurteaux teilte die Epitheliome ein in Cancroide papillaire, Cancroide dermique und Cancroide folliculaire nach den pathologisch-anatomischen Grundläsionen. Die mikroskopische Zusammensetzung zeigt nichts für die Epitheliome des Penis Besonderes. Während der Epithelkrebs mehr auf der Oberfläche zuerst auftritt, zeigt sich das eigentliche Carcinom im Anfang als knotige oder streifige Gewebsinfiltration, die nach der Tiefe zu fortschreitet. Die häufigste Form bildet der Medullarkrebs. Scirrhus kommt nicht vor. Erst zuletzt wird die Haut ergriffen. Begleitende Symptome sind Schmerz und Sekretion aus der Harnöhre, später eventuell auch Harnverhaltung. Zuerst tritt der Schmerz nur bei der Erektion auf, dann auch spontan, sowie beim Urinieren. Die Harnröhre wird nur selten vom Carcinom ergriffen. In diesem Falle kommt es zur Bildung von Fisteln. Die Differentialdiagnose ist wohl nur anfangs schwer (Warzen, Papillome, syphilitische Prozesse). Bei circumscriptem Krebsprozefs genügt Abtragung oder Ätzung in dem noch gesunden Gewebe. Bei ausgedehntem Carcinom kommt die Amputatio penis in Frage, wenn nicht schon Drüsen ergriffen sind oder die Kachexie zu grofs ist. Die Amputation des Gliedes ist aufser bei solchen Krebsfällen noch angezeigt bei Gangrän des Penis, bei Aneurysmen des Gliedes, wenn tödliche Blutung droht oder das Aneurysma an der Peniswurzel sitzt (Gegenindikation, wenn die Arteria dorsalis allein ergriffen ist), und bei Wunden, deren Umfang Gangrän erwarten läfst. Die Absetzung des Penis kann mittels des Paquelins, der Galvanokaustik oder des Messers erfolgen. (Bezüglich der Operationstechnik verweist Referent auf die Abhandlung selbst.) Die häufigste postoperative Komplikation ist Phlebitis mit Pyämie infolge von Harninfiltration. Zu den allgemeinen Zufällen sind aufserdem zu rechnen die Störungen der Geschlechtsfunktion, geistige Depression, Kachexie und endlich Recidive. *Hopf-Dresden.*

Über Symposthion, von Deutsch. (*Wien. med. Presse.* 1898, No. 19.) Die Verwachsung des inneren Präputialblattes mit der Glans, für die Lang den Ausdruck

Sympocthion gewählt hat, ist in vielen Fällen das Resultat abgelaufener Entzündungsprozesse, in vielen Fällen aber auch angeboren. Die Anomalie hat deshalb praktische Bedeutung, weil durch dieselbe unter Umständen ein Infektionsherd unterhalten wird, dessen Beseitigung erst die Heilung der Infektion ermöglicht. Die Operation wird in der Weise ausgeführt, dafs die Verwachsung mit der Sonde gelöst wird, so dafs die Vorhaut bis über den Sulcus zurückgezogen werden kann; dann wird der freie Rand des Präputiums ringsum mit der frisch blutenden Fläche hinter dem Sulcus vernäht, und die blutende Fläche der Glans zur Vermeidung wiederholter Verwachsung mit Thierschschen Läppchen bedeckt. *Götz-München.*

Ein Fall von Penisluxation bei einer rituellen Circumcision, von M. Schrank. (*Gyógyászat.* 1897, No. 16.) Bei der Untersuchung des 8 Tage alten zu beschneidenden Kindes konnte konstatiert werden, dafs bei Straffziehen des Präputiums die Glans penis unter die Haut des Scrotum rutschte, das Präputium mitziehend, so dafs blofs ein Hautbeutel zu tasten war. Die den Penis bedeckende Haut war nur um die Glans herum in der Gegend der Präputialhaftestelle adhärent, es handelte sich also um eine Entwicklungsanomalie. Bei der Circumcision geschah nun der Vorfall, dafs der Beschneider, indem er die Circumcision nach den Regeln des Ritus ausführen wollte, eigentlich ein 1 cm langes zirkuläres Hautstück abschnitt, bei Druck auf die Perineumgegend aber die mit unversehrtem Präputium versehene Glans wieder zum Vorschein kam. Es trat eine profuse Blutung ein, und mufste nun eine regelrechte Operation gemacht werden. In der kreisrunden Wunde wurde der Penis nach vorne geschoben, nach Fixation des äufseren Präputialblattes wurde dasselbe mit einer Schere abgetragen, das innere Präputialblatt wurde von der Glans zurückgeschoben und mit den Wundrändern der Penishaut mit feinen Nähten vereinigt. Dadurch wurde einerseits der bei der Circumcision gemachte Penishautdefekt gedeckt, andererseits den Ansprüchen der rituellen Circumcision vollkommen entsprochen, und der Penis fixiert. — In der Litteratur sind einige Fälle von Penisluxationen veröffentlicht, welche wahrscheinlich auf diese Art und Weise entstanden sein mögen.

A. Alpár-Budapest.

Eine neue Methode zur operativen Behandlung von ausgedehnten Harnröhrendefekten durch suprasymphysäre Implantation der Harnröhre und des Penis in die Blase, von Hans Wagner. (*Centralbl. f. Chir.* 1898. No. 30.) Der Bougiebehandlung nicht zugängliche Strikturen der Harnröhre werden in der Breslauer Klinik durch Excision und primäre Naht beseitigt. Sind die Defekte länger als 4 cm, erstreckt sich die Striktur auch auf Pars prostatica oder Pars bulbosa, was fast nur bei traumatischer Entstehung der Fall ist, dann geht Mikulicz in einer Weise vor, wie sie Verfasser hier schildert. Es wird dabei ein tiefer Schnitt von oberhalb der Symphyse bis auf das Dorsum penis gemacht, das Ligamentum suspensorium und die Corpora cavernosa penis werden durchtrennt, das Corpus cavernosum urethrae wird unverletzt herausgehebelt. Die Urethra wird dann oberhalb der Symphyse in die eröffnete Blase eingenäht und kommt in eine am oberen Rande der Symphyse ausgemeifselte Mulde zu liegen. Die Operation hatte in einem Falle guten Erfolg. Wie es mit der Potentia coeundi nachher war, wird nicht gesagt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von seltener Verletzung (Incarceration) der Harnröhre beim Manne, von Th. Floras. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 28.) Ein 55jähriger Bahnbeamter führte, in Gegenwart eines Kameraden und von diesem ermuntert, seinen schlaffen Penis durch das Loch einer $1^1/_2$ cm breiten eisernen Schraubenmutter ein, bis zur Ansatzstelle des Ligamentum suspensorium urethrae. Die scharfkantigen

cirkulären Rinnen des Instrumentes sowie eine starke Anschwellung des Penis verhinderten die Entfernung, die während mehrerer Tage vergeblich versucht wurde, obgleich ein weiser Arzt ein harntreibendes Mittel (!) verordnete. Als Verfasser gerufen wurde, hing der Penis „wie eine ungeheure dickwulstige Wurst herunter“, mit stark infiltrierter Haut und mehreren gangränösen Stellen. Zwei geschickte Schlosser vollbrachten mit bewunderungswürdiger Kunst, die im Original nachgelesen werden mag, das Befreiungswerk, worauf die bedrohlichen Erscheinungen sich schnell zurückbildeten. *I. Bloch-Berlin.*

Beitrag zum Studium der traumatischen Rupturen der Urethra, von Crosti. (*Bolletino d. Poliamb. di Milano.*) Eine ziemlich detaillierte Zusammenstellung der bisher über den Gegenstand erschienenen Ansichten mit zwei Krankengeschichten.
C. Müller-Genf.

Eine neue Sonde zu Blasen-Harnröhreninstillationen bei erschwertem Zutritt in die hinteren Partien der Harnröhre empfiehlt Phélip. (*Lyon méd.* 1898. No. 42.) Dieselbe besteht aus resistentem Stoffe, trägt vorn eine länglich kegelförmige Anschwellung, welche selbst wieder in einen allmählich immer dünner werdenden Faden endet — zur Katheterisation à la suite —, ist also nach dem Prinzipe der Maisonneuveschen Sonde konstruiert. Am Knopfe sind seitlich zwei Öffnungen angebracht. *C. Müller-Genf.*

Über den Abgang von Knochenfragmenten durch die Harnwege, von Schmidt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 29.) Bei einem Patienten mit multipler Furunkulose in der Gegend der Schambeinhaare trat, nachdem sich vor Monaten eine mäßsige Menge Eiter aus der Urethra entleert hatte, plötzlich Harnverhaltung ein. Der eingeführte Katheter stieß in der Pars membranacea auf einen Fremdkörper. Es wurde die Urethrotomia externa gemacht und ein Knochenstückchen entfernt, welches das Lumen der Urethra vollständig verlegte und mit einem Ende in einer nach rechts oben führenden Fistel lag. — Es handelte sich hier zweifellos um einen akut osteomyelitischen oder periostitischen an der Hinterfläche des absteigenden Schambeinastes gelegenen Krankheitsherd, der in die Urethra durchbrach. Das Knochenstückchen war ein abgestoßsener Sequester. — Ein zweiter Fall betraf einen tuberkulös hereditär belasteten Kranken, der als Kind eine Coxitis durchgemacht hatte. Bei demselben kam, nachdem sich 5 Wochen vorher blutiger Eiter aus der Urethra entleert hatte, mit dem Urin ein nicht inkrustiertes Knochenstückchen zum Vorschein. — In diesem Falle handelte es sich um einen tuberkulösen Abscefs mit Sequesterbildung an der Innenseite des Beckens und Durchbruch des Abscesses in die Blase.
Götz-München.

Beitrag zur Kasuistik der Harnröhrensteine, von Fritz Pendl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 35.) Ein Patient fühlte während eines Stuhlgangs plötzlich, dafs ihm in der Harnröhre etwas stecken geblieben. Es wurde 10 cm hinter dem Orificium externum ein grofser Stein konstatiert, dessen Entfernung per urethram unmöglich war. Die Operation durch Schnitt konnte, da sich Patient der Beobachtung entzog, erst ausgeführt werden, als es zu schwerer Harninfiltration gekommen. Es handelte sich um einen Uratstein mit Phosphatschale. Heilung mit kleiner Urethralfistel. — In einem zweiten Falle handelte es sich um Blasensteine und einen Stein in einem Divertikel der Pars membranacea. Letzterer konnte nach Sectio alta mittelst der Kornzange von der Blase aus entfernt werden, indem man denselben vom Rectum aus mit dem Finger in die Höhe drückte. Heilung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die gegenwärtigen Anschauungen über den Blasenverschlufs mit besonderer Berücksichtigung der beiden Arbeiten von Eugen Rehfisch und von L. v. Frankl-Hochwart und O. Zuckerkandl, von M. v. Zeissl. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 22.) Schon vor 12 Jahren hatte Verfasser im Gegensatze zu Guyon und Ultzmann, in Übereinstimmung mit Fürbringer, Mraček, Englisch, Paschkis die Ansicht ausgesprochen, dafs der wirksame Blasenverschlufs durch den Sphincter internus, nicht durch den Compressor urethrae und Sphincter externus gebildet werde, und diese Ansicht auch weiterhin experimentell begründet. Jetzt kann er mit Genugthuung konstatieren, dafs Rehfisch einerseits, v. Frankl-Hochwart und Zuckerkandl andererseits auf Grund ihrer Untersuchungen zu denselben Resultaten gelangt sind. Schon verschiedene klinische Beobachtungen sind geeignet, Zweifel an der Bedeutung des Compressor urethrae hervorzurufen. So entleerten Steinkranke, an welchen Dittel den Medianschnitt vorgenommen und den Sphincter externus, aber nicht den internus durchschnitten hatte, diskontinuierlich den Harn, so regurgitiert bei Verletzungen in der Pars prostatica das Blut nicht in die Blase, sondern fliefst aus der Harnröhre heraus. Ferner ist bei Epididymitis nicht immer die zweite Harnhälfte getrübt. Es gelingt auch mit einer 10—15 g fassenden Tripperspritze leicht, in die Blase einzuspritzen, ohne dafs ein Tropfen der injizierten Flüssigkeit wieder aus der Blase zurückkommt. Sedimentierende Flüssigkeiten können mit der Tripperspritze bis in die Pars prostatica oder Blase gebracht werden. 1897 hat Vajda diese klinischen Beobachtungen v. Zeissls bestätigt. Letzterer hat experimentell nachgewiesen, dafs der Sphincter vesicae internus einen sicheren Blasenverschlufs bildet. Seine Erschlaffung eröffnet die Blase, ohne dafs der Detrusor durch seine Kontraktion die Eröffnung herbeiführt. Zeissl fand auch, dafs elektrische Reizung der Nervi hypogastrici den Sphincter internus zur Kontraktion bringt, während die Nervi erigentes den Blasenverschlufs öffnen. — Nun haben Genouville und Rehfisch durch ingeniöse Versuche mittelst autographischer Registrierung den Beweis erbracht, dafs beim Menschen der Sphincter nicht vom Detrusor mechanisch überwunden und dafs die Öffnung des Blasenverschlusses allein durch Aufhebung des Reflextonus des Sphincter internus erfolgt. Erst dann tritt der Wille in Aktion. Frankl-Hochwart und Zuckerkandl sind auf Grund ihrer Untersuchungen an 200 Kranken zu demselben Resultat bezüglich des Blasenverschlusses gelangt. Sie betrachten ferner mit Guyon den Harndrang als ein blofses Kontraktionsgefühl, nicht wie Küss als Folge des Eintritts von Harn in die Pars prostatica.

I. Bloch-Berlin.

Der Langsche Beleuchtungstrichter, von Deutsch. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 17.) Beschreibung des von Lang zu endoskopischen Zwecken angegebenen Beleuchtungsapparates, sowie der Handhabung desselben. Die Arbeit ist mit Abbildungen versehen, ohne welche eine deutliche Beschreibung nicht möglich ist.

Götz-München.

Endoskopische Bilder, von Deutsch. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 18.) Als Beweis für die Wichtigkeit der endoskopischen Untersuchung, bezw. für die Verwendbarkeit des Langschen Beleuchtungstrichters führt der Verfasser folgende 3 Fälle an: 1. Ein 44jähriger Arbeiter, der vor Jahren einen Perinealabscefs mit nachfolgender Urinfistel gehabt hatte, leidet seit langer Zeit an einem Blasenkatarrh; aus der Urethra ergiefst sich reichliches, eitriges, gonokokkenhaltiges Sekret, der Urin kann kaum länger als 5 Minuten gehalten werden. Nach elektrolytischer Beseitigung einer bestehenden Striktur zeigen sich bei der endoskopischen Untersuchung in der Pars prostatica der Urethra zahlreiche warzen- und knöpfchenförmige Wucherungen, die mit Epithel überkleidet und als bindegewebige, aus Granulationen hervorgegangene

Knoten zu deuten sind; hinter diesen Knoten zeigt sich die Urethra als starres, von weißlicher, stellenweise fast sehniger Schleimhaut ausgekleidetes Rohr. Ob die Knoten als Reaktion auf die vielfache Sondierung und lokale Behandlung der Schleimhaut aufzufassen sind, oder ob sie von der Urinfistel oder von der noch bestehenden Abscefshöhle ihren Ausgangspunkt nahmen, läfst der Verfasser dahingestellt. — 2. Bei einer luetischen Patientin mit zahlreichen Papillomen an den Geschlechtsteilen finden sich bei der endoskopischen Untersuchung im Innern der Urethra 2 Papillome. Abtragung des tiefer sitzenden Papilloms mit der Polypenschlinge, des vorderen nach Spaltung der Urethra mit Schere und Pincette. — 2. Bei einer luetischen Prostituierten, die seit Jahren wegen Urethrocystitis in Behandlung steht, ergiebt die endoskopische Untersuchung eine von der rechten unteren Urethralwand ausgehende polypöse Wucherung. Abtragung derselben nach Erweiterung der Harnröhre.

Götz-München.

Anatomische Untersuchungen über die Blasenatonie der Greise, sowie über die sogenannte Prostatahypertrophie und einige Formen von Atrophie dieses Organs, von Ciechanowski. (*Przeglad Chir.* Bd. IV, Heft 1.) Diese Untersuchungen beruhen auf 60 Fällen von Sektionen, welche betrafen: 1. 22 Greise mit ausgedehnten atheromatösen Veränderungen der Gefäfse und Prostatahypertrophie in den verschiedenen Stadien; 2. 21 Greise mit allgemeiner Arteriosklerose, aber normaler oder reduzierter Prostata; 3. 5 alte Frauen mit stark entwickeltem Gefäfsatherome; 5. 11 junge Männer zum Vergleiche; 5. eine partielle Exstirpation der Prostata. Entgegen der Ansicht von Guyon kommt Verfasser zum Schlusse, dafs die Arteriosklerose in keiner Weise als ätiologisches Moment der Nieren-, Blasen- und Prostataläsionen im Verlaufe des sogenannten Prostatismus in Frage komme. Die anatomische Ursache der Blasenatonie beim Prostatismus beruht auf der Atrophie des Blasenmuskels und der Zunahme des Bindegewebes; zum Teil ist sie aber auch ein Folgezustand des durch die Volumszunahme der Prostata verursachten Hindernisses der Blasenentleerung Mit dem vorschreitenden Alter nehmen die Strukturveränderungen der Blasenwand zu und werden noch verschlimmert durch bestehende mechanische Hindernisse der Harnentleerung, sowie besonders bei chronisch-entzündlichen Komplikationen der Blase. Bei den meisten Fällen von seniler Blasenatonie wirken diese drei Faktoren gleichzeitig ein. Die Hypertrophie der Prostata und gewisse Formen von Atrophie dieses Organs unterscheiden sich nicht etwa durch die Natur der histologischen Läsionen, sondern lediglich durch den Grad, die Ausbreitung und besonders den Sitz dieser Läsionen. Ihre gemeinschaftliche anatomische Ursache ist die Hypertrophie des interstitiellen Bindegewebes. Charakteristisch für diese pathologischen Veränderungen ist der Umstand, dafs sie in circumscripten Herden auftreten und hauptsächlich in der Nähe der Drüsen vorkommen. Die Ausführungsgänge derselben werden obliteriert, während sich die peripheren Abschnitte ausdehnen; die Hypertrophie des interstitiellen Stromas spielt dabei nur eine sekundäre Rolle. In allen vom Verfasser angeführten Fällen war die Volumszunahme und die Atrophie der Prostata durch eine chronische Entzündung des Organs verursacht, und diese chronische Entzündung höchst wahrscheinlich blennorrhoischer Natur. *C. Müller-Genf.*

Ein seit 22 Jahren bestehender Fall von Enuresis nocturna geheilt mit der elektrischen Sonde, von B. Schwarz. (*Gyógyósat.* 1897. No. 47.) Der 23jährige Patient leidet seit dem frühesten Kindesalter an nächtlichem Bettnässen, seit längerer Zeit kann er selbst bei Tage nicht längere Zeit hindurch den Harn halten, er mufs halbstündlich urinieren. Patient wurde bereits seit Jahren mit den verschiedensten Mitteln behandelt ohne bleibenden Erfolg. Die Untersuchung des Kranken ergab keine

bestimmte Annahme für sein Leiden, höchstens daſs die Enuresis durch den geschwächten Tonus der Harnblasenmuskulatur verursacht wird. Die Behandlung bestand darin, daſs dem Kranken bis in die Harnblase eine Steinsonde eingeführt wurde, welche dann mit dem faradischen Strome verbunden wurde, der andere Pol wurde aufs Kreuz gesetzt. Durch diese Manipulation konnte der elektrische Strom direkt den Blasenschlieſsmuskel ringsherum treffen und dessen Tonus kräftigen. Diese Behandlung wurde in den ersten 4 Wochen täglich ausgeführt, in der 5. Woche jeden 2. Tag, in der 6. und 7. Woche nur zweimal wöchentlich, in der 8. Woche bloſs einmal. Das häufige Urinieren während des Tages hörte bereits nach 2 Wochen auf, von der 2.—4. Woche hatte der Kranke nur zweimal wöchentlich Bettnässen, von der 5.—8. Woche hörte dasselbe ganz auf, welcher Zustand auch ohne Behandlung (einmonatliche Beobachtung) stabil blieb. *A. Alpár-Budapest.*

Soor der Harnblase, von A. v. Frisch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 39.) Eine 64jährige Frau klagt über Beschwerden einer akuten Cystitis. Der Harn ist gashaltig (Pneumaturie), enthält eine Masse rundlicher, weiſser, körniger Gebilde. Cystoskopisch findet man solche in der fleckig geröteten Blasenschleimhaut. Der Urin ist stark sauer, riecht nach Most, enthält 4% Zucker, etwas Albumen. Die körnigen Gebilde bestehen aus Pilzmycelien. Im ruhig stehenden Glase sieht man ein Auf- und Absteigen der Körner durch Luftblasenbildung. Diese Mycelien schwinden bald aus dem Urin, der dann noch Hefezellen enthielt. Nach Besserung durch Spülung mit 1‰ Arg. nitr.-Lösung entzog sich Patientin der Behandlung. — Eine Pneumaturie durch Sproſspilze hat nur noch Senator berichtet. — Genauere bakteriologische Prüfung ergab in Verfassers Fall, daſs neben den Sproſspilzen und Mycelfäden das Bacterium coli im Harn vorhanden war, das sonst die Ursache von Pneumaturie ist. — Der Soorpilz zeigte auf Nährböden ein etwas anderes Verhalten, als es sonst von ihm angegeben wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Pyoktanin bei der Behandlung der Cystitis, von R. E. Graham. (*New York med. Journ.* 25. Juni 1898.) Gr. führt die Hartnäckigkeit der chronischen Cystitis auf die besondere anatomische und funktionelle Beschaffenheit des Organs zurück und spricht die Überzeugung aus, daſs jeder Entzündungsprozeſs in Blase oder Harnröhre durch Mikroorganismen verursacht sei. Die Schwierigkeiten, welche bei Behandlung dieser Störungen durch besonders wirksame Antiseptica begegnen, bestehen 1. darin, daſs dieselben die Schleimhaut zu stark reizen und heftige Schmerzen verursachen, und 2. ihre Einwirkung nur während der sehr kurzen Zeit der Anwendung anhält. Was wir also brauchen, ist ein Antisepticum, dessen reizende Eigenschaft eine sehr geringe und dessen keimtötende Wirkung schon in sehr verdünnter Lösung eine ausgesprochene und über eine längere Zeitperiode fortlaufende ist. Gr. spricht dem Pyoktanin all' diese Eigenschaften zu, es zerstört den Milzbrandbacillus in einer Lösung von 1 : 1000 und hindert die Entwickelung der Eiterkokken bereits in einer Lösung von 1 : 2 Millionen und wirkt auch in starker Konzentration keineswegs reizend. Die entzündete Schleimhaut färbt das Pyoktanin intensiv blau und so lange noch eine Spur des Farbstoffes in der Schleimhaut vorhanden ist (eine Reihe von Tagen), so lange hält auch dessen Wirkung an. Von den 4 näher beschriebenen, mit Pyoktanin behandelten Fällen chronischer Cystitis sind bloſs 2 für die Heilkraft des Mittels beweisend; in dem einen von diesen wurde die Heilung durch 7—8 Injektionen von gesättigter Pyoktaninlösung, alle 10 Tage wiederholt, nach vergeblicher jahrelanger Behandlung mit anderen Mitteln endgültig erzielt. *Stern-München.*

Symptomatische postoperative Paraplegie wegen Blasenstein, von Walton-Brüssel. (*Presse méd. belge.* 1898. No. 35.) Bei der 22jährigen Patientin war doppel-

seitige eitrige Salpingitis diagnostiziert und die vaginale Hysterektomie ausgeführt worden. Einige Zeit danach konstatierte man eine akute Cystitis, welche mit Blasenausspülungen behandelt wurde. Vier Monate nachdem sich der Zustand der Patientin bedeutend gebessert hatte, traten von neuem intensive cystitische Erscheinungen auf und gleichzeitig lancinierende Schmerzen, Anästhesie, Parese und schliefslich vollständige Lähmung der unteren Extremitäten. Bei der Behandlung der Cystitis entdeckte Verfasser einen in einer Blasenfalte vollständig verborgenen Stein, welcher mittelst vaginaler Cystotomie entfernt wurde, was nach einiger Zeit zur vollständigen Heilung der Cystitis und der Paraplegie führte. *C. Müller-Genf.*

Ein weiterer Fall von Steinbildung in einem erworbenen Divertikel der Harnröhre des Mannes, von Victor Lieblein. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 40) Nach einer Verletzung des Scrotums bildeten sich eiterabsondernde Fisteln. Bei Blofslegung des Eiterherdes mittels ausgedehnter Spaltung fand man einen wallnufsgrofsen Stein in einem Harnröhrendivertikel, welches an der Übergangsstelle der Pars cavernosa in die Pars membranacea lag. In einer zweiten Operation wurde später das Divertikel total entfernt, die Urethralwunde genäht. Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Häufigkeit der Varicocele und die Grenzen in der operativen Behandlung derselben, von N. Senn-Chicago. (*Philadephia med. Journ.* 18. Juni 1898.) Zweck dieser kurzen Abhandlung ist vor allem, das Augenmerk auf die Häufigkeit zu lenken, in welcher Varicocele bei sonst gesunden und kräftigen Männern getroffen wird, und Protest einzulegen gegen die grofse Operationslust, welche die Chirurgen diesem Leiden gegenüber beherrsche. Als Chefarzt eines Armeekorps hatte S. im letzten (amerikanisch-spanischen) Kriege Gelegenheit, 9815 Rekruten bei der Aushebung zu untersuchen, davon hatten 2078 = 21,17 % Varicocele. War die rechte Seite allein (15 mal) betroffen, so war das Leiden sehr geringgradig, ebenso, wenn es beiderseitig (17 mal) war, die linke Seite ist also prädisponiert für die Varicen des Samenstrangs, wo jedoch an erster Stelle bezüglich der Häufigkeit die geringgradigen, dann die mittelschweren und schliefslich die hochgradigen kommen. S. sieht nur in den letztgenannten einen Grund zum Ausschlufs vom Militärdienste. Die der Arbeit beigefügten Tabellen geben ein anschauliches Bild über die relative Häufigkeit dieser verschiedenen Arten in dem Lebensalter von 18—32 Jahren; von zehn untersuchten Leuten unter 18 Jahren zeigte keiner Varicocele und mit zunehmendem Alter nimmt sie wieder an Häufigkeit ab, welche für das 18. Lebensjahr am höchsten ist. Es wäre also die schon früher von S. geäufserte Ansicht bestätigt, dafs etwa 25 % aller Männer zwischen 18 und 30 Jahren mit Varicocele behaftet sei; diese selbst veranlafst aber selten nennenswerte Störungen des Allgemeinbefindens, daher ist nur in wenigen Fällen ein wirklicher Grund zu operativem Vorgehen vorhanden und wo Patienten ein solches verlangen, geschieht das meist infolge nervöser, mit der Varicenbildung nicht in Zusammenhang stehender Störungen. *Stern-München.*

Eine neue Operation für die Heilung der Varicocele, von Greig. (*Scottish med. a. surg. Journ.* Sept. 1898.) Zur Heilung der Varicocele empfiehlt Verfasser durch halbmondförmige Schnitte ein grofses Stück des erschlafften Scrotums zu excidieren; dann werden die Varicen des Plexus pampiniformis ligiert und entfernt und nun die Scrotalhaut vernäht, so dafs die Naht in die Medianlinie fällt. Der Erfolg soll ein sehr guter sein. *F. Hahn-Bremen.*

Resektion des Nebenhodens bei tuberkulöser Epididymitis, von Wanach. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1898. No. 38.) Handelt es sich um eine isolierte

Tuberkulose des Nebenhodens von langsamem Verlauf bei einem jugendlichen Individuum, dann ist, wenn die in erster Reihe in Frage kommende Kastration verweigert wird, die Resektion des Nebenhodens allein berechtigt, wie sie schon BARDENHEUER vorgeschlagen. Auf ausgedehnte Entfernung des Vas deferens ist besonderes Gewicht zu legen. Es läfst sich so vielleicht eine vollkommene Heilung erzielen. Verfasser stellt im deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg einen 28jährigen Mann vor, bei dem an einer Seite die Kastration, an der anderen die Nebenhodenresektion ausgeführt war. Der Patient erscheint vollkommen gesund; seine Potentia coeundi ist ungeschwächt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Beziehungen der nächtlichen Epilepsie zu Retroejakulationen des Samens, von HAMILTON. (*New York med. Journ.* 23. April 1898.) Verfasser fand bei nächtlicher Epilepsie, auch wenn die Patienten nur sich abgespannt und schlaff fühlten, häufig morgens im Urin Samenfäden; ob diese Retroejakulationen, die ja häufig als Symptom der Impotenz beschrieben werden, Ursache der epileptischen Anfälle sind, ist vor der Hand nicht zu entscheiden. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Beitrag zur Diagnose der Urinretention, von A. GORDON-Philadelphia. (*Philadelphia med. Journ.* 23. Juli 1898.) G. tritt dem weitverbreiteten Irrtum entgegen, dafs die Urinretention stets durch die physikalische Untersuchung der Blase leicht zu erkennen sei; es giebt vielmehr Fälle, wo weder Perkussion noch Palpation im stande sind, die Ausdehnung der Blase zu erkennen. In den zwei Fällen, welche G. kurze Zeit hintereinander beobachtete, handelte es sich um Prostatiker, welche lange Zeit an Harnverhaltung litten, bis dieselbe eine vollständige wurde; die Perkussion des Unterleibes ergab in allen Richtungen denselben gleichförmigen Klang ohne Spur von Dämpfung, ebensowenig konnte die Palpation über Sitz und Umfang der Harnblase Auskunft geben. Die rektale Untersuchung liefs bei dem einen sehr mageren Patienten die kontrahierte Blase erkennen, deren Grenzen schliefslich (?) auch von aufsen sichtbar wurden und bei der Perkussion festzustellen waren. In solchen chronischen Fällen handelt es sich um eine allmähliche Ausdehnung der Blase, sie wird weich und schlaff, verliert zum Teile ihre normale Sensibilität und vor allem Kontraktilität, wie MERCIER festgestellt hat. Die physikalischen Zeichen sind also neben den gewöhnlichen Symptomen durchaus nicht gleich verwendbar für die Diagnose der Urinretention, und G. möchte nach dem Beispiele älterer Ärzte die typische Urinretention bei Harnröhrenstriktur von jener bei Prostatavergröfserung genau unterschieden wissen: erstere bietet bei der Diagnose keine Schwierigkeiten, während letztere zuweilen sehr schwer oder gar nicht zu erkennen ist.

Stern-München.

Die Länge der Harnröhre als diagnostischer Faktor bei Prostatahypertrophie, von EDWARD L. KEYES. (*Amer. Journ. of Med. Sciences.* August 1898.) Auf Grund seiner an zahlreichen Patienten angestellten Messungen kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs die Länge der Harnröhre bei erwachsenenen gesunden Männern zwischen 6 und 10 Zoll schwankt, im Durchschnitt etwa 8 Zoll beträgt. Die kürzeren Harnröhren finden sich bei kleinen Individuen mit kleinem Penis. Mit zunehmendem Alter des Patienten findet sich eine ganz geringe Zunahme der Länge. Bei Prostatikern beträgt die durchschnittliche Länge mehr als 8 Zoll; sie ist am gröfsten bei allgemeiner peripherer Hypertrophie. *F. Hahn-Bremen.*

Bericht über einen Fall von Prostatahypertrophie bei einem sehr alten Herrn; Operation nach BOTTINI, von L. WEBER. (*Med. News.* 16. April 1898.) Ver-

fasser hat einem 93jährigen Manne, welcher an Urinbeschwerden litt, dreimal die vergröſserte Prostata mit Bottinis Instrument durchgebrannt, und lobt die Methode sehr, da der Erfolg in seinem Falle gut war, trotzdem Pyelitis bestand.

F. Hahn-Bremen.

Persönliche Erfahrungen in der Behandlung der vergröſserten Prostata, von Alexis Thomson. (*Edinb. Med. Journ.* August 1898.) Verfasser hat fünf Fälle von Prostatahypertrophie mit Kastration behandelt, viermal doppelseitig; ein Patient, der nur noch einen Hoden hatte, wurde mit Resektion des Vas deferens behandelt; die Erfolge waren so gut, daſs Verfasser die Operation als die der Wahl empfiehlt; das Allgemeinbefinden besserte sich, die Kontraktionsfähigkeit der Blase nahm zu, der Residualharn wurde weniger, der Gebrauch des Katheters war, wenn nicht entbehrlich, so doch weniger notwendig. *F. Hahn-Bremen.*

Das Epitheliom der Prostata, von Albarran. (*Rev. internat. de méd. et de chir.* April 1898.) Verfasser macht auf die wichtige, aber zu wenig beachtete Thatsache aufmerksam, daſs die hypertrophierte Prostata leicht malign entarten kann. Sobald demnach das Organ bei der Untersuchung ungewöhnliche Erscheinungen aufweist, müsse man an diese Möglichkeit denken. Unter anderen Erkennungszeichen führt er folgende an: anhaltende, vom Katheterismus unabhängige Blutung, rasche Volumszunahme der Prostata, holzharte Konsistenz und höckerige Oberfläche des Organs, Beteiligung der Lymphdrüsen, was in 98% der Fälle vorkommt.

C. Müller-Genf.

Zur Untersuchung der Harnsedimente empfiehlt Graziani die Ehrlichsche Färbung. Die Lösung besteht aus: Gesättigte wässerige Lösung von Orange G. 120, von saurem Fuchsin 80, von Methylgrün 125, Aqu. dest. 300, Absol. Alkohol 200, Glycerin 100 ccm. Der Urin wird in gewöhnlicher Weise im Spitzglase sedimentiert auf einen Objektträger gebracht, welcher vorsichtig durch die Spiritusflamme gezogen wird; darauf wird auf das Präparat ein Tropfen der Farblösung fallen gelassen und das ganze wieder getrocknet. Alle morphologischen Elemente werden sehr deutlich sichtbar gemacht. (*Rif. med.* 1898. No. 209.) *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von vollständiger Anurie bei einem Hysterischen berichtet B. Guisy. (*Progrès méd.* 1898. No. 40.) Dieselbe hatte sich im Verlaufe von drei Jahren zum dritten Male wiederholt und jeweilen mehrere Tage gedauert.

C. Müller-Genf.

Über Ureteritis pseudomembranacea, von Stern-Breslau. (*Allg. med. Centralztg.* 23. Juli 1898.) Ein 11jähriger Knabe erkrankte plötzlich ohne nachweisbare, äuſsere Veranlassung mit Fieber, Benommenheit, Leib- und Kopfschmerzen und Pyurie mit Gerinnselgebilden. Mit Rücksicht auf drohende Sepsis wurde operativ vorgegangen. Es fand sich eine strangförmige Auskleidung des fingerdick vergröſserten rechten Harnleiters mit einem weiſsen, strangförmigen, soliden Gebilde, das, wie beim Kulturversuch gefunden wurde, aus Eiterkörperchen, nekrotischem Gewebe, Blutbestandteilen und Staphylokokken bestehend, eine Reinkultur von Staphylococcus pyogenes aureus ergab. Heilung erfolgte nach kurzer Zeit, die Wunde der Harnleiterfistel schloſs sich nach vier Monaten. Da durch Besichtigung der Blase mit Nitzes Kindercystoskop kurz nach der Operation krankhafte Veränderungen daselbst nicht gefunden werden konnten, wird der Infektionsweg wohl ein hämatogener gewesen sein.

Hopf-Dresden.

Über das Auftreten von Albuminurie und Harncylindern bei mit Obstipation einhergehenden Darmaffektionen, von G. Kobler. (*Wien. med. Bl.* 1898. No. 35.)

An einer Reihe von mit Obstipation einhergehenden Darmstörungen konnte Verfasser das Auftreten von hyalinen Cylindern, Cylindroiden, Nierenepithelien, roten und weifsen Blutkörperchen mit oder ohne Albuminurie feststellen. Die Anomalie schwand mit dem Eintreten normaler Stuhlverhältnisse. Als Ursache ist eine Schädigung der Nierenepithelien durch Resorption von Zersetzungsprodukten oder reflektorische vasomotorische Stauungen anzusehen. Die schmerzhaften Koliken scheinen dabei eine Rolle zu spielen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über ein einfaches, für den praktischen Arzt geeignetes Verfahren zur quantitativen Bestimmung des Eiweifses im Harne, von F. Mittelbach. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 30.) Die vom Verfasser angegebene Methode beruht darauf, dafs man den eiweifshaltigen Harn in bestimmter Weise mit destilliertem Wasser verdünnt und dann die Hellersche Salpetersäure-Schichtprobe anstellt. Diese tritt deutlich innerhalb 2—3 Minuten auf, wenn die Flüssigkeit $3^1/_3$ mg Eiweifs in 100 ccm enthält. Man mufs nun so stark verdünnen, dafs diese Probe gerade noch gelingt. Aus einer Tabelle ersieht man dann den Procentgehalt des Eiweifses im Harn. Betreffs der näheren Beschreibung auf das Original verweisend, kann Referent doch einen leisen Zweifel an der Einfachheit dieser quantitativen Eiweifsprobe nicht unterdrücken. Es dürfte für den Praktiker auch die Schätzung meistens, die Esbachsche Methode fast immer genügen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Hämaturie, von Harvey-Griggsville, Ill. (*Med. News.* 25. Juni 1898.) Blut im Urin kann von den Nieren, der Harnblase oder Harnröhre stammen und die Ursache eine innere Erkrankung oder äufsere Gewalt sein. Bei Hämorrhagie in den Nieren hat der Harn gewöhnlich eine rotbraune Farbe, sauere Reaktion, vermindertes spezifisches Gewicht und bekommt beim Stehen einen kaffeesatzartigen Niederschlag. Blutgerinnsel sind gewöhnlich nicht vorhanden, wenn jedoch die Blutung profus ist, Blutcylinder, deren Erkennung ausschlaggebend für den renalen Ursprung der Blutung ist. Dieselbe kommt am häufigsten bei der Brightschen Krankheit vor, sehr bedeutend ist sie oft bei malignen Neubildungen der Nieren, wie ein von H. beobachteter Fall von Nierencarcinom, welcher zugleich mit Nierensteinen begleitet war und nach $1^1/_2$ Jahren tödlich endete, lehrt. Eine fernere Ursache ist aufser Nephrolithiasis der Genufs gewisser Droguen und Giftstoffe. Bei Blasenblutung ist der Urin gewöhnlich alkalisch und sind in demselben bei gleichzeitiger chronischer Cystitis Schleim und Eiter und Tripelphosphate zu finden. Blasenstein ist mit Wahrscheinlichkeit eine häufige Ursache von Blasenblutung, wofür H. zwei Beispiele anführt. In diesen Fällen, ebenso wie bei chronischer Entzündung des Blasenhalses, erfolgt die Entleerung des klaren Blutes gewöhnlich nach der des Urins, während bei Blutung von der Harnröhre aus der Vorgang umgekehrt ist oder auch das Blut zwischen den Harnentleerungen erscheint. *Stern-München.*

Über die Amannsche Indicanprobe, von Carl Růžička. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 40.) Bei der Amannschen Indicanprobe wird die Oxydation der Indoxyl-Schwefelsäure durch einige Tropfen reiner Schwefelsäure und einer 10%igen Lösung von Kaliumsupersulfat bewirkt. Das extrahierende Chloroform zeigt die Blaufärbung. Verfasser hat diese Probe mit der Jafféschen (Zusatz von Chlorkalk und Salzsäure, Extraktion mit Chloroform) verglichen. Sie scheint ihm auch sicher, wenn auch nicht so empfindlich zu sein. Ein Vorteil derselben ist, dafs man aus der Intensität der Blaufärbung einen Schlufs auf den Grad des Indicangehalts machen kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Nachweis von Traubenzucker im Harn mit Methylenblau, von EDMUND HOKE. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 35.) Nach FRÖHLICH reduziert zuckerhaltiger Harn das Methylenblau nach folgendem Verfahren: Man versetzt 10 ccm Harn mit 5 ccm einer konzentrierten Lösung von neutralem essigsaurem Blei und mit 5 ccm einer konzentrierten Lösung von basisch-essigsaurem Blei und filtriert, bis das Filtrat klar und wasserhell ist. Wird dazu eine stark alkalisch gemachte Lösung von Methylenblau (1 : 300 aqua) hinzugefügt und erhitzt, dann hellt sich bei Zuckergehalt die tiefblaue Flüssigkeit auf, wird weifslich und schliefslich vollkommen klar und durchsichtig. Die Probe ist ziemlich empfindlich, weist noch 1 % Traubenzucker nach, hat aber nach Verfasser keine Vorzüge vor den sonst verwendeten Zuckerproben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Hemmungsbildung der weiblichen Geschlechtsorgane, von HIRSCHBERG - Mitau. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 13./25. Juni 1898.) Der von HIRSCHBERG berichtete Fall ist äufserst interessant. Eine 20jährige Patientin kommt wegen Schmerzen beim Coitus und Stuhlgang und Ausflufs aus der Scheide zum Arzt. Sie ist nominell Schneiderin, betreibt aber Gewerbsunzucht. Die Menstruation hat sie noch nie gehabt. Bei der Untersuchung zeigte sich, dafs Atresie der hinteren Scheidenhälfte, Wachstumshemmung der Labia minora bestand, die nur im oberen Teil ausgebildet waren, ferner rudimentäre Anlage von Ovarien und Uterus. Daneben bestand Blennorrhoe des Vaginalblindsackes, der Vulva, der Bartholinischen Drüsen und des Rektums. Höchstwahrscheinlich ist diese Vaginalblennorrhoe primär. Die Urethra war gesund.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Vulvitis gangraenosa (Noma genitalium) mit Diphtheriebacillenbefund. Behandlung mit Heilserum, Heilung, von FREYMUTH und PETRUSCHKY. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 15.) Ein dreijähriges Kind war an Masern erkrankt. Unter hohem Fieber wurde dasselbe heiser und dyspnoisch, ohne dafs im Rachen aufser Rötung etwas Abnormes zu sehen war. Plötzlich erschienen beide Labia majora blaurot, bretthart, geschwollen; ihre Innenfläche, Labia minora, Haut des Perineums bis zum After grünschwarz, nekrotisch. Da der Verdacht auf Diphtherie begründet schien, wurde BEHRINGsches Heilserum injiziert. Schon nach der zweiten Injektion demarkierte sich die Gangrän. Dann traten wieder Verschlimmerung des Allgemeinbefindens und diphtherische Beläge im Rachen auf, die erneut Heilseruminjektionen erforderten. Von da an schritt die Heilung rasch und glatt von statten. Das Fall ist interessant durch das Zusammentreffen von Masern und Diphtherie, auf das man sehr häufig bei sorgfältiger Beobachtung stofsen wird. Ferner ist die Ätiologie des Noma beachtenswert, und in Zukunft wird man auch bei Noma faciei an Diphtherie zu denken haben und einen Versuch mit Heilserum machen müssen. Bakteriologisch fand sich der LÖFFLERsche Bacillus mit zwei Doppelgängern, die sich aber durch Kulturverfahren wohl unterscheiden liefsen. Die Neigung des LÖFFLERschen Bacillus, Nekrosen zu erzeugen, ist bekannt, ebenso die verhängnisvolle Bedeutung seiner Paarung mit Fäulnisbakterien. Dies ist für die Ätiologie des Noma jedenfalls sehr wichtig. Von praktischer Bedeutung ist die durch diesen Fall gezeigte Notwendigkeit häufiger Wiederholung der Seruminjektionen.

F. Hahn-Bremen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. № 9. 1. Mai 1899.

Ein Fall von Röntgenstrahlendermatitis.

Von

Dr. Buri, Privatdocent in Basel.

(Mit Tafel III.)

Der Elektrotechniker Kl. von Basel demonstrierte in der letzten Naturforscher- und Ärzteversammlung in Düsseldorf einen Röntgenapparat eigener Erfindung, der infolge einer besonderen Konstruktion des Induktoriums über Ströme von aufserordentlicher Intensität verfügte, bei gleichzeitiger sehr mäfsiger Ozonentwickelung.

Mit Hülfe dieses Apparates war es möglich, nicht nur die Knochen, sondern auch die Gewebe des Hemdes, der Unterkleider, ja selbst die Muskulatur in ihren Umrissen zu erkennen.

Herr Kl. setzte sich vier Tage lang den Strahlen aus, an zwei Tagen etwa 6—8 Stunden, an den zwei anderen Tagen nur 5—6 Stunden lang. Besonders oft liefs er seinen linken Zeigefinger bestrahlen, um einen unter der Haut desselben steckenden Eisensplitter zu demonstrieren.

Am Abend des vierten Tages überfiel ihn eine heftige Herzbeklemmung mit Engigkeit, Angstgefühl. Die linke Hand schwoll stark an, wurde lebhaft gerötet, heifs, dazu kam Jucken, Schmerzen in den Knöcheln der ersten Phalangen, heftige Druckempfindlichkeit.

Tags darauf war die Hand um die Hälfte dicker, ca. 1 cm hoch geschwollen, ausgenommen die Stelle, die durch den Ehering geschützt gewesen war.

Die Schmerzen in den Knöcheln nahmen noch acht Tage lang stark zu, waren brennend und fast nicht zum Aushalten. Die Schwellung blieb ca. zehn Tage lang. Dann nahm die Entzündung ab; Röte, Schwellung, Druckempfindlichkeit liefsen nach und die Haut begann abzuschuppen.

Der Patient konnte sie in 2 Frcs. grofsen dicken, hornartigen Lamellen abziehen. Diese Abschuppung zeigte scharfe Grenzen: Sie war beschränkt auf das Dorsum manus bis zur Handwurzel und die Rückfläche der ersten Phalangen. Die Innenflächen der Finger schuppten nicht

ab, wohl aber kleine Inseln auf dem Dorsum der zweiten Phalangen; besonders dicht waren die Schuppen über den ersten Interphalangealgelenken. Gleichzeitig fielen sämtliche Haare der betroffenen Partien aus. Damit schien die Sache abgethan.

Aber einige Zeit später bemerkte Herr Kl. eine Abkrümmung des freien Randes der Fingernägel nach innen, also gegen die Fingerbeere zu, besonders stark am Zeigefinger. Die Haut der Fingerbeeren erschien gespannt, wie zu kurz. Der sonst freie Nagelrand schien mit der Haut fest verwachsen zu sein.

Die vorderen Partien der Nägel waren stark brüchig, aber ohne Risse; beim Schneiden mit der Schere brachen sie infolge dieser Brüchigkeit ab. Druck in der Längsachse der Nägel auf den freien Rand wurde an der Nagelwurzel sehr schmerzhaft empfunden. Gleichzeitig erschien die Haut über der Nagelwurzel, die sich ja sonst etwas von der Nagelplatte abhebt, wie angewachsen und nach vorne gezogen, sodaſs die Lunula verdeckt war. Nur mit einiger Gewalt konnte die Haut hier von der Nagelplatte losgelöst werden.

Bald zeigte es sich nun auch, daſs die Nägel sich abstoſsen wollten und neue in Bildung begriffen waren.

Es trat an den Nagelwurzeln eine transversale Trennungslinie zwischen altem und neuem Nagel auf und schob sich entsprechend dem Vorrücken der Nagelplatte lansam nach vorn. Jetzt Anfang Februar hat diese Linie etwa ²/₃ ihres Weges von der Wurzel bis zum freien Rand zurückgelegt und man kann deutlich die alten von den neuen Nägeln unterscheiden.

Diese Trennungslinie ist besonders scharf am linken Zeigefinger erkennbar, noch deutlich fühl- und sichtbar am dritten und vierten Finger, fast nur markiert am fünften Finger.

An den Nägeln der rechten Hand ist es nicht zur Abhebung der Nagelplatte gekommen, sondern nur zu einer vorübergehenden Störung des Wachstums; wir sehen hier darum auch keine vollkommene Trennung, die Kontinuität des Nagels ist nicht aufgehoben worden. Die Wachstumsstörung, die stattgefunden hatte, ist aber erkennbar an allen fünf Nägeln an der Verschiedenheit des Glanzes und der Wölbung der vorderen und hinteren Partien der Nägel.

Vor kurzem ist nun auch der Nagel der groſsen linken Zehe beim Auskleiden spontan in toto und ganz schmerzlos ausgefallen, ohne daſs sich vorher eine Trennungslinie gezeigt hätte. Das Nagelbett lag bloſs zu Tage. Jetzt ist ein neuer Nagel schon bis zu ²/₃ seiner normalen Länge wieder herangewachsen.

Die Haare, die mit der Schuppung ausgefallen waren, haben sich sämtlich wieder neugebildet, ja der Patient versichert, daſs der Haarwuchs auf der entzündet gewesenen Hand eher stärker sei als früher.

Es handelt sich somit hier um eine akute Dermatitis erzeugt durch allzu intensive und allzulange Röntgenbestrahlung, bei Ausschlufs der schädlichen Ozongase, die in letzter Zeit als Ursache der krankhaften Veränderungen nach Röntgenbestrahlung beschuldigt worden sind, um eine Entzündung, wie sie etwa nach Sonnenbrand oder einer Verbrennung ersten Grades auftreten könnte. Die Abstofsung der Nägel und Haare sowie die mächtige Abschuppung können wir uns wohl am besten durch seröse Durchtränkung der Epidermis resp. der Haarwurzelscheiden und des Nagelbettes erklären.

Photographie. Mitte Februar: Am linken Zeigefinger hat sich der alte Nagel nun bereits abgestofsen.

(Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.)

Studien über Depigmentierungen.

Von

Dr. J. Fryding-Lund (Schweden).

Die Bedeutung, die gelungene Depigmentierungen vielfach haben können, und zwar nicht zum geringsten in therapeutischer Hinsicht, veranlafste mich, auf Anregung Dr. Unnas Versuche hiermit anzustellen. Da meines Wissens noch keine Versuche in dieser Richtung gemacht worden sind, mufste ich sozusagen von vorn anfangen.

Ich gebrauchte den Ausdruck gelungene Depigmentierungen und wollte dadurch andeuten, dafs ich eine vollständige Depigmentierung ohne Zerstörung des Gewebes verstehe.

Die erste Frage, die sich mir hierbei aufdrängte, war diese: Von welchen Mitteln haben wir Veranlassung zu glauben, dafs sie eine solche Wirkung haben? Die Mutmafsung liegt sehr nahe, dafs wir in den bleichenden oxydierenden Substanzen Stoffe von den angedeuteten Eigenschaften erwarten können. So wurden gewählt Natriumsuperoxyd, Bariumsuperoxyd, Wasserstoffsuperoxyd, Aqu. chlorat., Calcar. chlorat., Kaliumpermanganat, Kalium chloric. (die beiden letzten für sich und zusammen), Liqu. natr. hypochl., Sol. calc. bisulphuros. Viele andere Stoffe, als Calciumsulfid u. s. w., wirken auch noch in der angedeuteten Richtung; da aber ihre auflösende und zerstörende Wirkung bei weitem überwiegt, so habe ich mit denselben keine Versuche angestellt.

Alle die genannten Stoffe aufser Natrium- und Bariumsuperoxyd sind in Lösung darzustellen und somit war es ein leichtes, ihren Konzentrations-

grad zu bestimmen; beim Versuche, Natrium- und Bariumsuperoxyd in Wasser zu lösen, findet sogleich eine Zersetzung statt und das Hydrat geht in Lösung. Um jedoch möglichst gleiche Stoffmengen zu haben, habe ich bestimmte Quantitäten wägen lassen und immer eine Wassermenge von 1 ccm hinzugesetzt, welche Menge ich auch von den übrigen Flüssigkeiten verwendet habe. Sämtliche Präparate habe ich durch Herrn Apotheker Mielck in Hamburg bezogen. Ihre Zusammensetzung war in den ursprünglichen Lösungen wie folgt:

Wasserstoffsuperoxyd	4%,
Kalium permang.	5%,
Kalium chlor.	5%,
Liqu. natr. hypochl.	gesättigte Lösung,
Calcar. chlorat.	10%,
Sol. calc. bisulphuros.	gesättigte Lösung,
Aqu. chlorat.	0,4% freies Chlor,
Suspension von Natrium- und Bariumsuperoxyd in Paraffin. liquid.	10%.

Für die ersten präliminaren Untersuchungen habe ich als Material stark pigmentiertes Haar von einem Japanesen verwendet, weil dies teils gröber als anderes, teils gleichförmiger gefärbt war, ein Umstand von sehr großer Wichtigkeit bei Beurteilung eintretender geringerer Farbenverschiedenheiten und schwächerer Depigmentierungen, und dennoch fiel es recht schwer, auch nach vielen Vergleichen mit unpräpariertem Haar, ein sicheres Urteil zu fällen.

Versuch 1.

Meine ersten Versuche beschränkten sich auf die Untersuchung, inwiefern die oben angegebenen Substanzen auf das Melanin des Haares einwirken, sowie über die ungefähre Zeit. Hierbei verwendete ich unverdünnte Lösungen und erfolgten die Untersuchungen nach je 14 Stunden.

Wasserstoffsuperoxyd. Schwache Depigmentierung, keine Zerstörung der Cuticula oder Auflockerung derselben.

Kalium permanganat. Die Haare ganz kohlschwarz, spröde, zerfallen bei Berührung in die Quere. Die schwarze Farbe rührte wohl größtenteils von Mangansuperoxyd her, weshalb die Haare in eine 10%ige Lösung von Oxalsäure gelegt wurden, wo sie zuerst weiß und sodann vollständig aufgelöst wurden.

Kalium permang. + Kalium chlor. Hier wie beim vorhergehenden erscheinen die Haare ganz schwarz, sie sind spröde, zerfallen in die Quere, jedoch nicht so leicht wie mit Kalium permang. allein. Bei Behandlung mit Oxalsäure nehmen sie zuerst ein diffus gelbes und dann weißes Aussehen an, werden dünn und fadenähnlich. Untersucht man ein solches

Haar, nachdem es ein paar Minuten in Oxalsäure gelegen, so findet man die Cuticula vollständig abgetrennt, die Rinde teilweise zersplittert und von einer diffus gelblichen Farbe. Pigmentkörner scheinen nicht vorzukommen.

Liqu. natr. hypochlor. Starke Einwirkung, Depigmentierung bei Zerstörung der Haarsubstanz.

Calcar. chlorat. Die Haare gänzlich depigmentiert, ähnlich weifsem Zwirn, von ihrer halben natürlichen Dicke, bei Berührung zerfallend, bei Untersuchung die Cuticula verschwunden, die Rinde zersplittert.

Aqu. chlorat. Schwache Einwirkung, keine Veränderung oder Zerstörung des Gewebes.

Natriumsuperoxyd. Das Haar gänzlich aufgelöst.

Bariumsuperoxyd. Schwache Einwirkung bei unverletzter Haarsubstanz.

Hierbei mufste ebenso wie bei Calc. chlorat. das Haar, ehe es in Glycerin gelegt und mikroskopisch untersucht wurde, in eine schwache HCl-Lösung eingetaucht werden, damit anhaftender Kalk und Baryt aufgelöst würde, weil dieses sonst den Eindruck von Auflockerung der Cuticula machen könnte.

Schon aus diesen Versuchen schien hervorzugehen, dafs fast alle diese Stoffe eine depigmentierende Wirkung auf das Haar und zwar in verschiedenem Grade haben, sowie dafs sie auch in verschiedenem Grade einen zerstörenden Einflufs auf die Substanz des Haares ausüben.

Versuch 2.

Unverdünnte Lösungen.

Untersuchung nach 2 Stunden.

Natriumsuperoxyd. Depigmentierung vollständig, Auflockerung der Zellen der Cuticula.

Calc. chlorat. Die Wirkung schwächer als beim vorhergehenden, wie auch die Einwirkung auf die Cuticula.

Kalium permang. Fast das ganze Haar schwarz gefärbt; an verschiedenen Stellen, wo es gelang die schwarze Farbe mit Oxalsäure zu entfernen, schien eine geringere Depigmentierung vorhanden zu sein, doch hatte es den Anschein, als gäbe auch Kalium permangan. selbst dem Haare eine diffuse Färbung. Das Haar im übrigen beinahe unverletzt.

Kalium permangan. + Kalium chlor. Scheinen vereint nach dieser Zeit etwas besser zu wirken, weil ich damit eine mäfsige Depigmentierung gewinne ohne weitere Zerstörung des Gewebes.

Bariumsuperoxyd. Geringe Einwirkung ohne Destruktion.

Wasserstoffsuperoxyd. Schwache Einwirkung ohne Destruktion ebenso Aqu. chlorat.

Sol. calc. bisulphuros. Schwache Einwirkung ohne Destruktion.

Liqu. natr. hyperchlor. Kräftige Depigmentierung ohne Destruktion.

5 Stunden.

Natriumsuperoxyd. Vollständige Depigmentierung, bedeutende Auflockerung der Cuticula.

Calc. chlorat. Starke Depigmentierung, dabei aber auch bedeutende Zerstörung der Cuticula nebst reichlichem Abstoſsen ihrer Zellen.

Kalium permangan. Schwarz wie Ruſs, in die Quere zerfallend; bei Behandlung mit Oxalsäure behalten sie ihre schwarze Farbe; sind nicht mikroskopisch untersucht worden.

Kalium permangan. + Kalium chlor. Nach Behandlung mit Oxalsäure erschien das Haar mikroskopisch in folgender Weise:

Die ganze Rinde schwarzfarben, Cuticula an einigen Stellen gänzlich zerstört und abgelöst, ebenso Teile der Rindensubstanz.

Von den übrigen zeigte nur Liqu. natr. hypochlor. eine gute Einwirkung ohne Destruktion, die anderen eine schwache, die stärkste jedoch Sol. calc. bisulphuros.

24 Stunden.

Wasserstoffsuperoxyd. Stärkere Depigmentierung. Ohne deutlichere Beschädigung der Cuticula.

Bariumsuperoxyd. Geringere Depigmentierung ohne Destruktion.

Aqu. chlor. Schwache Einwirkung ebenfalls auf das Gewebe.

Liqu. natr. hyperchlor. Starke Einwirkung, Zerstörung der Haarsubstanz.

Sol. calc. bisulphuros. Wirkung schwächer als beim vorhergehenden.

40 Stunden.

Wasserstoffsuperoxyd. Die Depigmentierung gesteigert nach dieser Zeit, einige Einwirkung auf das Gewebe.

Bariumsuperoxyd. Depigmentierung weniger gesteigert als beim vorhergehenden und keine weitere Steigerung der Einwirkung auf das Gewebe. Wirkt langsam, verursacht aber nach 2—3 Tagen Depigmentierung.

Aqu. chlorat. Einwirkung während dieser Zeit nicht gesteigert.

Liqu. natr. hyperchlor. Alles so gut wie aufgelöst.

Sol. calc. bisulphuros. Zeigt sowohl Depigmentierung als Destruktion.

Weil die unverdünnten Lösungen und ein ziemlich reichlicher Zusatz von Natriumsuperoxyd gar zu kräftig zu wirken schienen, wurde

Versuch 3
mit verdünnten Lösungen ausgeführt.
Untersuchung nach 1 Stunde.

Geringe Menge Natriumsuperoxyd. Schwache Wirkung, keine Veränderung des Gewebes.

Kalium permangan. (0,25%) verursacht in dieser Konzentration nach so kurzer Zeit eine äufserst schwache Depigmentierung, welche an denjenigen Stellen erscheint, wo dessen eigene Färbewirkung, die besonders kräftig ist, durch die Oxalsäure aufgehoben ist.

Kalium permangan. + Kalium chlor. 5%. Scheint eine etwas bessere Wirkung als Kalium permangan. allein zu zeigen.

Calc. chlorat. Mäfsige Depigmentierung ohne Zerstörung des Gewebes.

Wasserstoffsuperoxyd. Schwache Einwirkung ohne Destruktion.

Bariumsuperoxyd. Äufserst schwache Einwirkung ohne Destruktion.

Aqu. chlor. Schwache Einwirkung ohne Destruktion.

Liqu. natr. hypochl. Stärkere Einwirkung ohne Destruktion.

Sol. calc. bisulphuros. Schwache Einwirkung ohne Destruktion.

6 Stunden.

Natriumsuperoxyd. Vollständige Depigmentierung bei Auflockerung der Cuticula.

Kalium permangan. allein und zusammen mit Kalium chlor. zeigen keine besonders deutliche Veränderung.

Calc. chlorat. Vollständige Depigmentierung nebst Destruktion.

Wasserstoffsuperoxyd. Wirkung gesteigert, keine Destruktion.

Bariumsuperoxyd. Wirkung etwas gesteigert, keine Destruktion.

Aqu. chlorat. Wirkung etwas gesteigert, keine Destruktion.

Liqu. natr. hypochlor. Starke Depigmentierung ohne weitere Zerstörung des Gewebes.

Sol. calc. bisulphuros. Bei weitem nicht so kräftig als das vorhergehende, ohne Zerstörung des Gewebes.

24 Stunden.

Natriumsuperoxyd. Haar gelbweifs, Cuticularzellen teils vollvollständig abgetrennt, teils gleich den Zacken eines Kammes an den Haarseiten festsitzend.

Kalium permangan. Wirkung vielleicht etwas gesteigert, aber nicht bedeutend, auf das Gewebe so gut wie keine, mit Zusatz von Kalium chlor. vielleicht etwas besser.

Calc. chlor. Das Haar fast aufgelöst.

Wasserstoffsuperoxyd. Depigmentierung gesteigert, keine Destruktion.

Bariumsuperoxyd. Depigmentierung etwas gesteigert, keine Destruktion.

Aqu. chlorat. Depigmentierung minimal gesteigert.

Liqu. natr. hypochlor. Haar fast aufgelöst.

Sol. calc. bisulphuros. Depigmentierung gesteigert, geringere Destruktion.

Nachdem nun die ungefähre Reihenfolge für die Einwirkung dieser Reagentien festgestellt war, galt es die Konzentration und die Zeit zu erforschen, welche die verschiedenen Mittel zur Erzeugung der besten Depigmentierung und der geringsten Destruktion erforderten. Zu diesem Zweck wurden Versuche mit verschiedener Procentuierung ausgeführt.

Versuch 4.

Calcar. chlorat. 5%, 2,5%, 1% Lösung.

1 Stunde.

Anfangende Depigmentierung, kein namhafter Unterschied für die verschiedenen Konzentrationen.

3 Stunden

in 5% Lösungen. Starke und gute Depigmentierung ohne Destruktion des Gewebes;
in 2,5% und 1% gesteigert.

4 Stunden.

5% Haar gelbweifs, Cuticula gröfstenteils zerstört.

2,5% derselbe Depigmentationsgrad wie bei der 5%igen nach 3 Stunden.

1% Depigmentierung gesteigert, nicht vollständig.

5 Stunden.

Destruktion und Zerstörung in der 2,5%igen Lösung, in der 1%igen vollständige Depigmentierung. Cuticula und Haarsubstanz unbeschädigt.

Durch mehrere Kontrollversuche ist diese Zeit als die richtige befunden worden.

Also 5% Wirkung in 3 Stunden, 2,5% in 4, 1% in 5 Stunden ohne namhafte Destruktion und am geringsten die 1%ige Lösung.

Ich will auch erwähnen, dafs ich mit den übrigen und folgenden Lösungen in der Regel 2—3 Kontrollversuche gemacht habe.

Versuch 5.

Wasserstoffsuperoxyd, Aqu. chlor., Liqu. natr. hypochlor., Sol. calc. bisulphuros. in drei Konzentrationen: unverdünnt, mit einem und zwei Teilen Wasser verdünnt.

2 Stunden.

Durchgehends schwache Einwirkung aller dieser Lösungen.

3 Stunden.

Minimal gesteigerte Depigmentierung.

Die Wirkung des Liqu. natr. hypochlor. übertrifft die übrigen.

5 Stunden.

Starke Einwirkung des Liqu. natr. hypochlor., demnächst Calc. bisulphuros., Wasserstoffsuperoxyd und des Aqu. chlor., keine Zerstörung von Geweben.

10 Stunden.

Wirkung des Liqu. natr. hypochlor. so kräftig, daſs die Haarsubstanz zerstört ist. Mit āā H_2O ziemlich gute Depigmentierung ohne weitere Destruktion, bei zwei Teilen H_2O schwächere Depigmentierung ohne Zerstörung.

Sol. calc. bisulphuros. zeigt auch eine Steigerung, jedoch keine bedeutendere.

Wasserstoffsuperoxyd und Aqu. chlor. wirken auch schwach in der unverdünnten Lösung und wie natürlich auch in der verdünnten.

24 Stunden.

Liqu. natr. hypochlor. unverdünnt. Alles aufgelöst, mit āā H_2O gröſstenteils aufgelöst.

Mit zwei Teilen H_2O gute Depigmentierung ohne irgend welche Zerstörung des Gewebes.

Sol. Calc. bisulphuros. unverdünnt. Ziemlich gute Depigmentierung, keine Zerstörung des Gewebes, bei āā H_2O scheint die Wirkung fast eine ebenso gute zu sein, bei zwei Teilen schwächer.

Wasserstoffsuperoxyd. Gesteigerte Depigmentierung, schwächer als vorhergehend, das verdünnte H_2O_2 zeigt auch Depigmentierung, aber eine schwächere.

Aqu. chlor. Unbedeutend gesteigert bei sämtlichen Konzentrationen.

48 Stunden.

Wasserstoffsuperoxyd giebt nach dieser Zeit eine ganz gute Depigmentierung.

Aqu. chlor. Nicht befriedigend und nicht namhaft mehr als nach 24 Stunden.

Einem Gramm Wasser wurden in abgewogenen Mengen von Na_2O_2 0,04, 0,02 und 0,01, von Ba_2O_2 0,10, 0,05 und 0,025 zugesetzt, ferner wurden Suspensionen 10% dieser Stoffe in Paraffin. liquid. ohne Wasser verwendet.

Untersuchung nach

1 Stunde.

Na_2O_2 0,04: Starke Depigmentierung ohne Destruktion.

Na_2O_2 0,02: Schwächere.

Na_2O_2 0,01: Bedeutend schwächere, größerer Unterschied als zwischen 0,04 und 0,02.

Ba_2O_2 0,10: Geringe.

Ba_2O_2 0,05: Keine.

Ba_2O_2 0,025: Keine.

10% Suspensionen keine Einwirkung.

2 Stunden.

Na_2O_2 0,04: Depigmentierung, Cuticula aufgelockert.

Na_2O_2 0,02: Depigmentierung, Cuticula schwach aufgelockert.

Na_2O_2 0,01: Gesteigerte Depigmentierung, keine Destruktion.

Ba_2O_2 0,10: Etwas gesteigert.

Ba_2O_2 0,05: Schwach.

Ba_2O_2 0,025: Schwach.

4 Stunden.

Na_2O_2 0,04: Destruktion.

Na_2O_2 0,02: Depigmentierung und Destruktion.

Na_2O_2 0,01: Depigmentierung, einige Lockerung der Cuticularzellen.

Die angemessenste Zeit für diese Konzentration dürfte 3 bis 4 Stunden sein.

5 Stunden.

Na_2O_2 0,01: Cuticula zerstört.

Ba_2O_2: Bei allen Konzentrationen schwache Einwirkung.

22 Stunden.

Ba_2O_2 0,10: Gesteigerte Depigmentierung ohne Destruktion.

Ba_2O_2 0,05: Etwas gesteigert.

Ba_2O_2 0,025: Unbedeutend.

Die Suspensionen zeigen jetzt ebensowenig wie vorher eine Einwirkung.

29 Stunden.

Ba_2O_2 0,10: Gesteigerte Depigmentierung, ohne Destruktion.

Ba_2O_2 0,05: Gesteigert.

Ba_2O_2 0,025: Etwas gesteigert.

48 Stunden.

Ba_2O_2 0,10: Keine vollständige Depigmentierung, keine Destruktion.

Ba_2O_2 0,05: Geringere.

Ba_2O_2 0,025: Gesteigert.

Ba_2O_2 scheint sehr langsam zu wirken und giebt nach 2—4 Tagen eine gute Depigmentierung.

Die Suspensionen wirken gar nicht, auch nach mehreren Tagen nicht, dagegen erhalte ich Wirkung, wenn ich H_2O zusetze, und scheinen sie dann hauptsächlich mit der oben angegebenen Wirkung dieser Stoffe in Wasser übereinzustimmen.

Auch Kalium permangan. allein und zusammen mit Kalium chlor. ist in verschiedenen Konzentrationen verwendet worden, aber dessen zerstörende Wirkung auf das Haar scheint besonders kräftig zu sein, und dabei entwickelt es selbst eine färbende Eigenschaft, die es wenig geeignet macht.

Fassen wir jetzt die Ergebnisse der hier angestellten Versuche zusammen, so können wir in Betreff der Reihenfolge nach ihrer Stärke sie folgendermaſsen abstufen: 1. Natriumsuperoxyd. 2. Calc. chlorat. 3. Liqu. natr. hypochlor. 4. Sol. calc. bisulphuros. 5. Wasserstoffsuperoxyd. 6. Bariumsuperoxyd.

Kalium permangan. allein und mit Kalium chlor. wenig geeignet.

Aqu. chlor. scheint in so geringer Menge, wie hier verwendet wurde, nicht fähig, Depigmentierung zu bewirken.

In Betreff der geeignetsten Konzentration und der Zeit einer gelungenen Depigmentierung zeigen die Versuche folgende Ergebnisse:

Natriumsuperoxyd 0,04 nach 1 Stunde.
0,02 nach etwas weniger als 2 Stunden.
0,01 nach etwas mehr als 3 Stunden.

Calc. chlorat. 5 % nach 3 Stunden.
2,5 % „ 4 „
1 % „ 5 „

Liqu. natr. hypochlor. unverdünnt 5—6 Stunden.
= H_2O etwas weniger als 10 Stunden.
+ 2 H_2O ungefähr 24 Stunden.

Sol. calc. bisulphuros. unverdünnt 24 Stunden.
= H_2O fast vollständig nach 24 Stunden.
+ 2 H_2O mehr als 24 Stunden.

Wasserstoffsuperoxyd mehr als 24 Stunden (giebt nach 48 Stunden fast vollständige Depigmentierung).

Bariumsuperoxyd mehr als 48 Stunden, wirkt äuſserst langsam.

Aqu. chlor. kann keine Depigmentierung mit 1 ccm vollständig bewirken. Paraffinsuspensionen wirken nicht.

Nach den Untersuchungen, die ich auf Schnitten von Negerhaut mit diesen Lösungen ausgeführt habe, scheint die Einwirkung sowohl auf das Pigment des Corium als auf das der Epidermis möglich zu sein, ja das Pigment kann vollständig zerstört werden.

Nach dieser Behandlung von Schnitten wurden Färbungen vorgenommen, und zwar mit gutem Erfolg, d. h. guter Färbung des Protoplasma und des Kollagen mit Orceïn und polychrom. Methylenblaulösung. Im Anschlufs hieran habe ich Injektionen mit Liqu. natr. hypochlor. in die lebende Kaninchenhaut an stark pigmentierten Stellen gemacht und ist es mir gelungen, eine so gut wie vollständige Depigmentierung von Haut und Haaren zu bewirken und dann durch Excision des Hautstückes und Nachfärbung gerade wie in der toten Haut mit derselben Färbungsmethode eine gute Färbung des in seiner Struktur wohl erhaltenen Protoplasmas und Kollagens zu erhalten. Ich habe diese Dinge nur andeuten wollen als Ergebnisse meiner vorläufigen Untersuchungen. Da ich noch nicht lange genug mit der Depigmentierung der Haut und den verschiedenen Arten von Pigment gearbeitet habe, so wage ich noch keine bestimmten Schlüsse zu ziehen; allein die Vermutung liegt keineswegs fern, dafs, da ich in vivo ohne namhafte Beschädigung des Gewebes jedes Pigment zerstören kann, dafs ich auch bei dessen wahrscheinlicher Wiederherstellung über die Stelle seines Entstehens u. s. w. einen Fingerzeig erhalten werde. Auch in therapeutischer Hinsicht scheint dies nicht ohne praktische Bedeutung zu sein. Jedenfalls ist diese Thatsache — die Möglichkeit in angedeuteter Weise das Pigment des Corium und das der Epidermis zerstören zu können — höchst interessant. Ich habe, wie oben gesagt, nicht umhin können, diesen kleinen Abstecher von meiner eigentlichen Aufgabe zu machen, weil er meine kleinen Untersuchungen an Haut und Haaren mit einem Relief interessanter Aussichten verbindet.

Es sei mir gestattet meinem hochgeschätzten Lehrer Herrn Dr. P. G. Unna sowohl für die Anregung zur vorliegenden Arbeit als für gefällige Leitung und Ratschläge während derselben meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Aus der Praxis.

Über die Verwendung der Pasta Zinci sulfurata mit Zucker in der dermatologischen Praxis und über die Behandlung der Sykosis subnasalis.

Von

Dr. MENAHEM HODARA-Constantinopel.

Seit einigen Monaten verwende ich auf meiner Abteilung und in der Praxis die wie folgt zusammengesetzte Paste:

Lanolin.	
Vaselin.	ā 20,0
Glycerin.	10,0
Sacch.	20,0
Sulfur.	10,0
Zinc. oxyd.	20,0.

Dieselbe zeichnet sich durch ihre äufserst rasche Wirkung aus und ist überall da zu empfehlen, wo es sich darum handelt, möglichst schnell austrocknend, epidermisierend und heilend zu wirken, so bei vielen nässenden, vesikulösen, pustulösen und borkigen Dermatosen, z. B. bei der Impetigo vulgaris, dem Ekthyma, der Impetigo BOCKHART, dem nässenden, vesikulösen, borkigen (impetiginösen) Ekzem, dem Herpes zoster; ferner bei einigen nässenden, vesikulösen oder pustulösen artifiziellen und medikamentösen Hautentzündungen, bei der Intertrigo u. s. w. Auch zur rascheren Vernarbung bei einigen ulcerativen Prozessen, bei kleinen, oberflächlichen Geschwüren, bei den verschiedenen Formen der Follikulitis und besonders bei der Behandlung der Sykosis subnasalis hat uns diese Paste gute Dienste geleistet. Bei der Sykosis mufs sie Tag und Nacht in dicker Schicht aufliegen, so zwar, dafs die kranken Teile an Lippe und Bart beständig bedeckt sind. Erst wenn alle Pusteln völlig eingetrocknet und die Krusten sämtlich entfernt sind, wenn also der Ausschlag sich anschickt zu heilen, streicht man die Paste nur des Nachts auf; die kranken Teile der Lippe und des Bartes werden dann am Morgen oberflächlich mit Olivenöl gereinigt und geschmeidig gemacht. Gleichzeitig ist aber auch die Nasenschleimhaut, die immer mit erkrankt ist, regelmäfsig mit einer 1—4 %igen Höllensteinlösung zu bepinseln, und man thut gut, diese Pinselungen noch längere Zeit nach Heilung der Sykosis fortzusetzen, da man auf diese Weise einen Rückfall verhindern kann. Mittelst

dieser Behandlung habe ich innerhalb der letzten 2½ Jahre acht chronische und recht hartnäckige Fälle von Sykosis subnasalis, bei denen vorher schon die Epilation erfolglos versucht war, rasch zur Heilung gebracht, ohne dafs ich meinerseits nötig hatte, zu diesem schmerzhaften Verfahren zu greifen. Von diesen acht Fällen wurden die ersten vier innerhalb der vergangenen zwei Jahre (1896—97) nur mit der Pasta Zinci sulfurata (UNNA) und die vier andern im laufenden Jahr (1898) mit der Pasta Zinci sulfurata cum Saccharo behandelt; gleichzeitig wurde die Nasenschleimhaut mit einer 1—4 %igen Höllensteinlösung ausgepinselt und diese Pinselungen noch lange nach der Heilung der Sykosis fortgesetzt.

UNNA hat in einer Abhandlung über Sykosis und Ausschnupfen (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. XXVI) folgende Behandlung der Sykosis subnasalis ohne Epilation angegeben: Man spüle die Nasenhöhle ausgiebig mit einer warmen Abkochung von Chinarinde oder mit einer schwachen Ichthyollösung aus, wobei man den Nasenschleim sorgfältig mit Watte zu entfernen hat, Taschentücher aber und alles Reiben der Nase zu vermeiden sind. Der Ausschlag selber wird in den leichteren Fällen mit Zink-Schwefel- oder mit Zink-Ichthyol-Salbenmull, bei den chronischen und infiltrierten Formen mit Ichthyol- oder Pyraloxin-Salbenmull und bei den ganz hartnäckigen Fällen endlich mit Ichthyol-Chrysarobin-Salbenmull behandelt. Wo der Salbenmull im Stich läfst, empfiehlt UNNA die nämlichen Medikamente in Form von Salben oder Pasten, die alsdann mit einem undurchlässigen Stoff zu bedecken sind. Manchmal versetzt UNNA die Pasta Zinci sulfurata auch noch mit Ichthyol und mit 1% Zinnober, welch letzterem Zusatz ein kosmetischer Wert zukommt.

Zum Schlufs möchte ich noch erwähnen, dafs ich in zwei Fällen von Eccema seborrhoicum generalisatum psoriasiforme, die auf meiner Abteilung zur Beobachtung kamen, mit folgender Salbe einen recht befriedigenden Erfolg hatte:

Lanolin.	
Vaselin.	aa 30,0
Glycerin.	10,0
Sacch.	20,0
Sulf.	10,0
Chrysarobin	1,0—2,0.

Die Haut wurde nach der Einreibung leicht mit Watte und einer Mullbinde bedeckt.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. März 1899.

(Original-Bericht von Dr. JOHN HIRSCH-Berlin.)

PINKUS stellt eine an **Urticaria papulosa** leidende Frau vor, bei der sich noch eine interessante Komplikation einfand. Es besteht eine allgemeine Lymphdrüsenschwellung nebst Vergröfserung der Milz. Differentialdiagnostisch kommen Tuberkulose und Pseudoleukämie in Betracht. Jedenfalls besteht ein Zusammenhang zwischen dem Hautleiden und den Drüsenschwellungen.

JOSEPH glaubt nicht an einen Zusammenhang zwischen der Urticaria chronica und den Lymphdrüsenschwellungen, da letztere erst später als das Hautleiden aufgetreten sind. Er nimmt an, dafs Stoffwechselstörungen das ätiologische Moment für die Entstehung der Urticaria in diesem Falle abgeben. Er fragt, ob Indikan im Harne nachzuweisen sei. — PINKUS: Die Lymphdrüsenschwellungen müssen nicht der Urticaria chronica zeitlich vorausgehen. Es sind mehrere Fälle beschrieben, wo die Drüsenschwellungen später als die Urticaria auftraten. Die Indikanprobe habe er nicht gemacht.

Hierauf stellt FISCHEL einen Mann mit stark ausgebreitetem **Lichen ruber planus** vor. Die Knötchen sind zum Teil zu unregelmäfsigen Plaques verschmolzen. An einzelnen Fingern zeigt das Leiden einen anderen Charakter. Die Haut zeigt hier das Bild des Lichen ruber acuminatus. Es ist dies ein Fall von Mischinfektion dieser beiden Lichenformen. — BLASCHKO, ROSENTHAL und LESSER halten auch die Eruptionen an den Händen für die Planusform.

Dann demonstriert BLASCHKO einen 27 Jahre alten Patienten, der an über den ganzen Körper verbreiteten **Teleangiektasien** leidet. Diese Angiomatose, welche von einem zur Welt mitgebrachten Naevus ausgeht, hat hauptsächlich die rechte Rumpfhälfte befallen. Die Gröfse der Teleangiektasien ist sehr verschieden. Die Grenze der einzelnen schneidet an manchen Stellen genau in der Medianlinie ab. Im Alter von 7 Jahren hat der Patient an Hämorrhagien aus der Harnröhre gelitten. An der Schleimhaut des Mundes, des Afters und des Kehlkopfes sind keine Teleangiektasien sichtbar. BLASCHKO empfiehlt, jede angeborene Teleangiektasie in der Jugend möglichst frühzeitig zu zerstören, weil leicht eine Propagation über den ganzen Körper stattfinden kann. Wenn man in Betracht zieht, dafs von einem kleinen Herd wie bei Geschwülsten Metastasen auftreten können, so kann man sich nicht des Gedankens erwehren, dafs es sich um ein infektiöses Agens in solchen Fällen handeln könne. Dafs ein Mikroorganismus hier zu Grunde liege, glaubt B. nicht.

Alsdann demonstriert GEBERT eine Kranke mit **tuberösem Jodexanthem.**

Er bespricht ferner einen Fall aus seiner Praxis, in welchem bei einem 20jähr. Mädchen an der Vorderseite des linken Oberschenkels bis zur Nabelgegend reichend, an der Linea alba genau abschneidend, gewissermafsen ein Naevus ohne Pigment entstand. Es ist dies also ein **halbseitiger partieller Albinismus.** — Auch LESSER sah einen Fall von Albinismus partialis, in welchem sich die Pigmentatrophie an das Verbreitungsgebiet eines Nerven anschlofs.

LEDERMANN stellt darauf einen Knaben mit einer seltenen Hautaffektion, **Sommereruption** (HUTCHINSON), vor. Es bilden sich Infiltrate, die unter Rücklassung von

Narben heilen. An den Ohren ist die Prädilektionsstelle der Erkrankung. An den Augen haben sich Maculae gebildet. Wenn der Knabe barfufs geht, so erkrankt er an den Füfsen. April und September sind die beiden Monate, in welchen die Hautaffektion am stärksten auftritt. — ROSENTHAL giebt an, dafs die Erkrankung in Gestalt von Blasen auftritt, die eine Neigung zur Dellenbildung haben. BAZIN nennt die von HUTCHINSON beschriebene Krankheit Hydroa vaccinoformis. Da aber die Vaccine ein Kunstprodukt ist, die Variola hingegen ein Naturprodukt, so schlägt er vor, die Erkrankung Hydroa varioloformis zu bezeichnen.

ISAAC II demonstriert einen Fall von **Lichen ruber verrucosus.**

SIEGHEIM stellt einen Mann vor, der an häufig recidivierendem **Erythema exsudativum multiforme** leidet. Da der Patient vor 29 Jahren an Syphilis erkrankte, ohne eine antisyphilitische Kur durchzumachen, so nimmt SIEGHEIM an, dafs die nicht behandelte Syphilis die Prädisposition für das häufige Auftreten von Erythema exsudativum abgiebt.

ROSENTHAL hält es für zweifelhaft, ob die Lues irgend eine ätiologische Bedeutung für das Auftreten des Erythema bullosum in diesem Falle habe. Das Mitergriffensein der Schleimhäute ist ausschliefslich auf das Erythem zurückzuführen. — HELLER führt auch die Mundaffektion auf das Erythem zurück. Die Erkrankung werde auch ohne spezifische Behandlung zurückgehen. — BLASCHKO findet, dafs Erytheme bei einzelnen Personen häufig recidivieren. Er kenne eine Familie, deren Mitglieder in regelmäfsigen Intervallen an einem Erythem im linken Handteller erkranken. Bei genauerer Untersuchung findet man auch an anderen Stellen Erythemflecken. Er könne nur einen lockeren Zusammenhang zwischen der Lues und der Neigung zur Erkrankung an Erythem anerkennen. — SIEGHEIM glaubt, dafs die wiederholten Attacken des Erythem bei seinem Falle insofern mit der Lues, die bisher nie behandelt worden ist, in Zusammenhang stehen, als diese eine Prädisposition für jene geschaffen.

BUSCHKE stellt alsdann einen 42 Jahre alten Mann mit **Periostitis hyperplastica specifica der rechten Ulna.** Vor 16 Jahren hat Patient Lues acquiriert. Die Anschwellung besteht sechs Jahre. Abgesehen von der Difformität der rechten Ellenbogengegend besteht auch eine erhebliche Funktionsstörung im Gelenk. Die Therapie besteht in der Darreichung von Jodkalium. Aufserdem wird durch orthopädische Behandlung des Gelenks eine Besserung der Funktionen zu erreichen gesucht. B. führt das Röntgenbild dieses Falles vor und gleichzeitig ein solches von Knochenveränderungen bei Periostitis gummosa, der einschmelzenden Form von syphilitischer Erkrankung des Periosts.

LESSER weist auf die gut gelungenen Skiagramme hin, welche mit Deutlichkeit in dem einen Falle die Auflagerung, also Knochenneubildung, in dem anderen Einschmelzung, Defekte bei syphilitischer Periostitis zeigen. — HELLER macht auf die Zungenatrophie in dem Falle von syphilitischer hyperplastischer Periostitis aufmerksam.

In der darauf folgenden Diskussion über den Vortrag von PLACHTE: **Hypothese über die Ätiologie der Hautpigmentanomalien** nahm LESSER zuerst das Wort. Er rekapituliert seine Meinung, dafs das Leukoderma syphiliticum sein Entstehen nicht etwa den sich bildenden Schutzstoffen verdankt, sondern eine Pigmentanomalie mit rein lokalem Charakter sei. Es ist der Involutionszustand des vorausgegangenen makulösen oder papulösen Syphilids. — Auch ROSENTHAL hält die Theorie PLACHTES für wenig stichhaltig. Gegenüber LESSER behauptet er, das Leukoderma syphiliticum entstehe auch an Stellen, wo keine sichtbare Efflorescenz vorausgegangen war. Wenn Schutzstoffe das Leukoderma hervorrufen, warum entsteht dasselbe so selten beim männlichen und so häufig beim weiblichen Geschlecht? Warum ist das Leukoderma so selten bei Kindern, warum tritt diese Pigmentanomalie nur im ersten Stadium der

Lues auf? — Heller hält an der Lewinschen Theorie der Entstehung des Leukodermas fest. Das Leukoderma trete bei Kindern seltener auf, weil dieselben mehr an der tertiären Form der Syphilis erkranken. Er habe Gelegenheit gehabt, vier Mädchen zu untersuchen, welche durch Stuprum die Syphilisinfektion sich zugezogen. Bei zwei von diesen entstanden typische Leukodermaflecke. — Plachte bleibt in seinem Schlufswort bei seiner Theorie. Bei Frauen ist das Pigment im labilen Zustande. Wenn Schutzstoffe in ihrem Körper kreisen, so sind sie leichter den Pigmentanomalien ausgesetzt.

Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau.

Sitzung vom 31./19. März 1899.

(Originalbericht von Arth. Jordan-Moskau.)

1. Pospelow demonstrierte einen Fall von **Atrophia cutis maculosa (Anetodermia erythematosa Jadassohni)**. Es handelte sich um fleckweise aufgetretene, etwa erbsengrofse, atrophische Stellen der Haut, insbesondere an den Extremitäten, bei einem Individuum, welches seit Jahren an kalten Händen und Füfsen leidet, wozu sich dann auf Grund schlechter Wohnungsverhältnisse und ungenügender Nahrung lokale Ödeme und zuletzt Petechien gesellt hatten. An den Stellen, wo die Purpuraflecke aufgetreten waren, was sich noch durch Pigmentation der Haut zu erkennen giebt, haben sich dann die fleckigen atrophischen Stellen ausgebildet. Die Haut daselbst läfst sich mit Cigarettenpapier vergleichen. Mikroskopisch handelt es sich bei dem Patienten um eine chronische Entzündung der Gefäfswände und um Fehlen des elastischen Gewebes. Pospelow proponiert die Bezeichnung Purpura atrophicans für solche Fälle.

2. Pospelow stellte zwei bereits früher demonstrierte und einen neuen Fall von **Elephantiasis Arabum** vor. Der letztere Fall soll erst jetzt der Kalomelbehandlung unterworfen werden, welche bei den beiden anderen Kranken zu entschiedener Besserung geführt hat. Bei dem einen dieser Patienten war die Kalomelbehandlung zeitweilig unterbrochen worden, worauf sich wieder eine Zunahme der Elephantiasis bemerkbar gemacht hatte, welche aber dann später bei erneuter Kur wieder zurückgegangen war.

3. Kracht demonstrierte eine 25jährige Patientin mit **Sclerema cutis simplex**, welches in streifenförmiger Anordnung die oberen Extremitäten betrifft. Der Fall bietet alle für Sclerema charakteristischen Zeichen dar, aber das Interessante an demselben ist der Umstand, dafs die Affektion den Voigtschen Linien entspricht und zwar erweist sich auf der Streckseite die Region des N. radialis und cutaneus ext., auf der Beugeseite diejenige des N. ulnaris und des N. radialis betroffen.

Diskussion: Pospelow sieht in dem Sklerem eine Trophoneurose, welche mit Entzündung beginnt und dann zu Sklerose führt.

4. Krassnoff als Gast führte einen 35jährigen Kommis mit Erscheinungen von **Dermatitis papillaris Kaposi** vor.

5. Metschersky als Gast stellte im Anschlufs an die Demonstration mikroskopischer Präparate zu dem bereits am 30./18. Dez. v. J. in der Gesellschaft von Glawsche gezeigten Fall von **Keratosis striata erythematosa** (Hebra) die betr. Kranke nochmals vor. Mikroskopisch sieht man Verdickung der Epidermis und weite Mündungen der Schweifsdrüsen in der Hornschicht. Die Ausgänge dieser Drüsen werden durch reiche Massen von Hornplättchen gleichsam wie durch Pfropfe verstopft. Es handelt sich demnach nicht um eine Erkrankung der Follikel, wie Hebra annimmt, sondern um eine solche der Schweifsdrüsen.

Diskussion: POSPELOW betont, dafs sich diese Hyperkeratose von der Ichthyosis durch Erkrankung derjenigen Stellen unterscheidet, welche von der Ichthyosis am wenigsten betroffen werden, nämlich Achselhöhlen, Ellenbeugen und Kniekehlen und dafs der mikroskopische Befund zweifellos auf eine Erkrankung der Schweifsdrüsen hinweist, sodafs aus dem Sitz der Hornmassen auf das Vorhandensein von Schweifsdrüsen geschlossen werden kann.

6. TSCHLENOW stellt einen Fall von **Lupus** vor, der erfolgreich mit Kalomelinjektionen und Auskratzung behandelt worden ist.

Diskussion: KRACHT rät die Auskratzungen unter SCHLEICHscher Anästhesie vorzunehmen.

Deutscher ärztlicher Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 19. Oktober 1898.

(*St. Petersburger medizinische Wochenschrift.* 1899. No. 4.)

PETERSEN stellt einen Patienten mit **Lichen ruber planus** auf der Schleimhaut des Mundes und des Gaumens vor. Der Lichen ruber planus ist nicht so selten, wie man bisher annahm. Selten ist nur die Lokalisation der Krankheit auf Schleimhäuten, und besonders zuerst auf diesen. Bei Durchsicht von 75 Arbeiten hat Redner im ganzen nur fünf Fälle finden können, in denen der Lichen ruber planus zuerst auf Schleimhäuten auftrat. Auch in diesem Falle hatte Patient die Affektion zuerst im Halse bemerkt. Dieselbe hatte eine auffallende Ähnlichkeit mit einem luetischen Affekt. Doch war Lues sicher auszuschliefsen. Die laryngoskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose „Lichen ruber planus“, da im Larynxeingang die gleiche Affektion der Schleimhaut nachgewiesen werden konnte. Später zeigten sich auch noch Eruptionen von Lichen ruber planus an der einen Hand und an den Augenlidern. Im Munde sind hauptsächlich der weiche Gaumen und die Uvula betroffen. Arsenbehandlung hat deutliche Besserung herbeigeführt.

FRANKENHÄUSER berichtet über einen **Fall von Morbus maculosus Werlhofii nebst Sektionsbefund.** Bei der unter den Erscheinungen von Influenza erkrankten 65jährigen Patientin trat im Verlaufe der Krankheit ein kachektischer Zustand ein mit Nekrose des Zahnfleisches, Schwellung und livider Verfärbung der Tonsillen. In der Coecalgegend war ein derber höckriger Tumor fühlbar. Auf der Haut des Rumpfes und der Extremitäten sieht man Purpuraflecke und gröfsere subcutane Hämorrhagien. Im Erbrochenen und im Stuhl Blutbeimengung. Nach zehn Tagen Exitus. Es fand sich bei der Autopsie ein wallnufsgrofser hämorrhagischer Herd im Unterlappen der linken Lunge, Petechien auf der Pleura costalis und pulmonalis, im Gewebe des Mediastinum, auf beiden Blättern des Pericards. Auch das Peritoneum parietale und viscerale war mit Petechien bedeckt. Im unteren Teile der Peritonealhöhle etwas flüssiges Blut. Die hyperämische Magenschleimhaut von sehr zahlreichen Petechien durchsetzt. Im Pylorusteil, an der kleinen Kurvatur und in der hinteren Wand des Magens bemerkt man zahlreiche flache, braunrote, rundliche, erbsen- bis bohnengrofse hämorrhagisch infiltrierte Knoten. Ebenso im Coecum und im Anfangsteil des Colon ascendens. Verfasser konnte in diesen Knoten lange feine Bacillen nachweisen. Verfasser ist geneigt, wegen der allmählich sich entwickelnden Kachexie diesen Fall als Scorbut zu deuten und zwar als einen akut verlaufenden Fall desselben.

I. Bloch-Berlin.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

Sitzung vom 11. Juni 1898.

(*Wiener klinische Wochenschrift.* 1898. No. 50.)

Rille demonstriert:

1. Eine 29jährige Frau mit **Lupus erythematosus** an Gesicht, Ohrmuscheln, Kopfhaut; grofse scheibenförmige Efflorescenzen von blafsroter bis braunroter Farbe, mit infiltriertem Rand, atrophischem, mit schmutziggelben Schüppchen bedeckten Centrum. Besonders auffallend war das Befallensein der Mundschleimhaut. Das Lippenrot an der Unterlippe ist teils infiltriert, livide, teils narbig atrophisch, mit Krustenlamellen bedeckt. Die angrenzende Schleimhautpartie ist dunkel gerötet. Ebenso zeigt die Oberlippe eine längliche Plaque, grauweifs gefärbt, mit atrophischem Centrum. An der Backenschleimhaut beiderseits in der Höhe des Zahnschlusses mehrere länglichovale, unregelmäfsig konturierte, im Niveau der Schleimhaut befindliche bläulichweifs- und silbergrau gefärbte Plaques von narbenähnlichem Ansehen, ohne jede Excoriation oder Belag, begrenzt durch einen schmalen, rötlichen Saum ohne jede Excoriation, ohne Belag. — Differentialdiagnostisch käme nur etwa der Lichen planus der Schleimhaut in Frage. — Am Stamm nur kleinere Plaques in der Höhe des siebenten Halswirbels und des Interskapularraums.

2. Einen Fall von **Lepra tuberosa,** betreffend einen 19jährigen Patienten aus Rumänien, der niemals die Grenzen des Landes überschritten. Es besteht die reine Knotenlepra; nur über den grofsen Knoten ist die Sensibilität etwas herabgesetzt. — Bemerkenswert ist das Verhandensein von Knoten an den Fufssohlen, eine Stelle, die, wie man früher annahm, gleich dem Capillitium und der Glans penis immun gegen dieselben sein sollte. — Der Vortragende erläutert den Fall sehr eingehend und spricht über die Verbreitung der Lepra in Europa und speziell in Rumänien, wo 208 Fälle bisher festgestellt sind. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Berliner medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1899.

Lesser stellt einen Fall von ausgedehntem, tierfellartigem **Naevus pilosus** vor, der von der Kreuzgegend über beide Nates bis auf die Oberschenkel geht und auch auf der Vorderfläche des linken Oberschenkels bis zur Hälfte desselben herabreicht. Der Naevus gehört zu den flachen Naevis ohne erhebliche Bindegewebshypertrophie und ohne Geschwulstentwickelung, dagegen mit aufserordentlich starker Behaarung. Der Vortragende macht darauf aufmerksam, dafs die Richtung der Haare der Richtung des fötalen Haarkleides, den Eschrich-Voigtschen Linien völlig entspricht, sodafs eine Persistenz bezw. eine enorme Entwickelung des fötalen Haarkleides vorliegt. Aufser dem einen grofsen Naevus sind auch in diesem Falle zahlreiche kleine Naevi, fünfpfennig- bis fünfzigpfennigstückgrofse, über den ganzen Körper zerstreut. Auf der Seitenfläche des rechten Oberschenkels sieht man eine Anzahl von unregelmäfsig gestalteten, völlig pigmentlosen Flecken, die vielleicht dadurch zu erklären sind, dafs bei der übermäfsigen Pigmententwickelung an anderen Körperstellen zu wenig Pigment entwickelt worden ist.

Weiter demonstriert der Vortragende den seltenen Fall eines **syphilitischen Primäraffekts der Fufssohle** bei einer 28jährigen Plätterin, die vor $2^{1}/_{2}$ Monaten zuerst Jucken an der Fufssohle verspürte, welches sie häufiger zum Kratzen veranlafste. Mitte November entwickelte sich an dieser Stelle ein kleines, leicht blutendes Geschwür, Mitte Dezember bemerkte die Patientin zwei grofse Löcher an der Fufssohle und Ende Dezember traten die allgemeinen Erscheinungen der Syphilis auf (Roseola, erodierte Papeln an den grofsen und kleinen Labien und am Anus). Bei

der Untersuchung fand sich an der rechten Fuſssohle ein gröſseres und ein kleineres Geschwür, das gröſsere entsprechend der vierten und fünften Zehe, ausgehend von der Furche zwischen Fuſssohle und Zehen und sich nach der Fuſssohle in einer ganz scharfen runden Linie absetzend. Der Grund des Geschwürs war nicht vertieft, nicht stark eiternd, bräunlich rot und secernierte wässerige Flüssigkeit. Das Geschwür war auf die Beugefläche der Zehen übergegangen und hatte besonders an der vierten Zehe zu einer ausgedehnten Zerstörung geführt (Freilegung der Sehne und des Knochens). Das Aussehen der Geschwüre entsprach vollständig dem Aussehen der Primäraffekte an der äuſseren Haut. Die tiefe Zerstörung an den Zehen war wohl durch gangränösen Zerfall zu erklären. Daſs es sich um einen Primäraffekt handelte, wurde nicht nur dadurch bewiesen, daſs jede andere als Primäraffekt zu deutende Krankheitserscheinung an anderen Stellen fehlte, daſs die Patientin die ersten Erscheinungen an der Fuſssohle etwa 5—6 Wochen vor dem Auftreten der allgemeinen Krankheitserscheinungen bemerkte, sondern auch durch den Umstand, daſs an der vorhandenen allgemeinen Drüsenschwellung die Schenkeldrüsen der rechten Seite bei weitem am stärksten beteiligt waren. — Was den Infektionsmodus betrifft, so glaubt der Vortragende, daſs die Kranke mit den Fingern das syphilitische Gift beim Kratzen sich an diese Stelle gebracht hat.

Buschke demonstriert dann einen Fall von **Aknekeloid** bei einem 34 Jahre alten Neger. Vor zwei Jahren zeigten sich bei dem Patienten zuerst Pusteln und Knötchen am Nacken, im Vollbart und auf dem behaarten Kopf. Während die letzteren allmählich verschwanden, bildeten sich am Nacken immer gröſsere Knötchen, die schlieſslich konfluierten, gröſsere, oberflächlich zerfallende und eiternde Tumoren bildeten. Vor der von Redner ausgeführten Exstirpation sah man an der Nackenhaargrenze ca. in der Mitte des Nackens einen halbapfelgroſsen, flach prominenten Tumor (Demonstration der Moulage). Derselbe war ziemlich scharf, unregelmäſsig begrenzt, von höckeriger Oberfläche. Auf der ziemlich intakten Haut waren nur hier und da flache Ulcerationen zu sehen. Der Tumor war in den peripherischen Partien knorpelhart, in den centralen oberflächlich erweicht. Mikroskopisch fanden sich auch hier, wie in allen bisher beobachteten Fällen die Russelschen Körperchen. Nach der Operation ist ein geringes Keloid wieder eingetreten.

Redner stellt dann einen Patienten vor, dem er vermittelst Sectio alta einen **Bleistift aus der Blase** extrahiert hat, nachdem vorher von ihm durch die Sonde und durch das Cystoskop die Diagnose gestellt worden war. Der Patient gab bei der Anamnese an, daſs er die Gewohnheit habe, abends beim Zubettgehen zu lesen. An dem betreffenden Abend hätte er auſser dem Buch auch den fraglichen Bleistift in der Hand gehabt und wäre dann eingeschlafen. Als er erwachte, war der Bleistift verschwunden „und konnte nur in der Blase sein." Mit Recht nimmt der Vortragende an, daſs der Patient sich den Bleistift zu masturbatorischen Zwecken eingeführt hat. Bei der Operation zeigte sich, daſs der Bleistift in drei Teile zerfallen war, in die beiden Hälften der Holzbekleidung und den centralen Graphitstab. Die vorhandene Cystitis und zwei kleine durch den Bleistift verursachte Ulcera der Blasenwand heilten rasch. Patient entleert wieder normalen Urin ohne Beschwerden.

Im Anschluſs daran demonstriert Posner einen von ihm **aus der Blase entfernten Gummischlauch.** Der 25jährige Patient pflegte zum Zwecke der Masturbation sich diesen Schlauch in die Harnröhre einzuführen, an demselben einen Ballon zu befestigen und Wasser in Harnröhre und Blase einzuspritzen. Einmal hatte er aber das Unglück, daſs ein Riſs entstand, und der ganze Gummischlauch in die Blase schlüpfte. Redner konnte dann den 56 cm langen, $3^1/_2$ mm dicken Gummischlauch mittelst Lithotriptors aus der Harnblase extrahieren. *I. Bloch-Berlin.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 47, Heft 3. 1899.

I. **Dermatitis exfoliativa Ritter**, von Friedrich Luithlen-Wien. Im Jahre 1870 hat Ritter von Rittershayn eine neue bei Säuglingen auftretende Krankheit unter dem Namen „Dermatitis erysipelatosa" beschrieben, später jedoch in einer zweiten Arbeit diese Bezeichnung in Dermatitis exfoliativa umgeändert. Verfasser beschreibt zwei Fälle, von denen der erste ein etwa sechs Wochen altes Kind betraf. Dasselbe zeigte „eine gerötete und verdickte Haut mit gelblich weifsen oder opaken, schuppenartigen, blatterigen, faltigen Auflagerungen, die der Unterlage entweder anliegen, von Sprüngen und Furchen durchsetzt sind, oder als verschieden grofse, unregelmäfsig geformte, von der Unterlage oft muschelförmig abgehobene oder nur auf einer kleinen Stelle mit derselben noch zusammenhängende Auflagerungen sich darstellen. Nach Ablösen der sehr mürben, welken und beim Verreiben zwischen den Fingern sich leicht fettig anfühlenden Auflagerungen, tritt eine dunkelrote, oft leicht nässende, nicht vollkommen ebene Fläche zu Tage". Dieser Fall sowohl wie der zweite verliefen, wenn auch an einer interkurrenten Krankheit (Enteritis, beziehungsweise Pneumonie) letal. — Die mikroskopische Untersuchung excidierter Hautstückchen ergab folgenden histologischen Befund: „Abnorm starke Proliferation der untersten Reteschichten mit mangelnder Verhornung; Abstofsung der nur zum Teil verhornten, meist aus kernhaltigen Zellen bestehenden, obersten Schichten; Schwellung des Papillarkörpers, Ödem und Gefäfserweiterung desselben, kleinzellige Leukocyten, Mastzellen und einzelne spindelige Zellen enthaltende Infiltration desselben, weniger des subpapillären Gewebes und der obersten Schichten des Coriums, Erweiterung der tiefen Gefäfse. Abheilen der Erkrankung bei abnehmender Entzündung durch eintretende Verhornung im Rete und Bildung einer Hornschichte". — Der Verfasser vergleicht seine Befunde mit denen anderer Autoren, bespricht die Ätiologie, Therapie und Differentialdiagnose der Dermatitis exfoliativa.

II. **Ein Fall von Favus am Penis**, von Leopold Glück-Sarajevo. Der 33 jährige Patient, Viehhirt, zeigte bei der ersten Besichtigung durch den Verfasser „an der Seitenfläche des Gliedes rechts von der Mittellinie und an der oberen Fläche des äufseren Vorhautblattes mehrere linsen- bis bohnengrofse, runde und ovale, teils isolierte, teils zusammenhängende, dicke, trockene Borken, deren über das Niveau erhabener Rand schwefelgelb, und deren tellerartig gedelltes Centrum schmutzigbraun gefärbt erscheint. Die angrenzende Haut zeigte entweder gar keine Veränderung oder war nur leicht gerötet". Ähnlich beschaffene, zusammenhängende Borkenmassen fanden sich am inneren Vorhautblatte, am Sulcus coronarius und an der Corona glandis. Nach Ablösung einer Borke zeigte sich eine ganz oberflächliche, sehr wenig secernierende Erosion. Sonst ist am ganzen Körper keine Spur einer Hautaffektion zu sehen. — Die mikroskopische Untersuchung eines Börkchenfragments ergab nahezu eine Reinkultur des Achorionpilzes. — In der Litteratur ist bisher nur ein einziger ähnlicher Fall von Pick beschrieben (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Band I. p. 302).

III. **Über einen neuen Fall von Acanthosis nigricans**, von Joh. Burmeister-Rostock. Der Verfasser teilt sehr ausführlich die Krankengeschichte eines Falles bei einem 36 jährigen tuberkulös belasteten Manne mit, dessen Leiden im Sommer 1897

begann und vom Patienten auf den Umstand zurückgeführt wird, daſs er zur heiſsen Jahreszeit bei angestrengter Arbeit oft gröſsere Quantitäten von Essigwasser zur Erfrischung getrunken habe. Die Krankheit war charakterisiert durch zahlreiche zuerst an den Händen, später an anderen Körperteilen auftretende, häufig juckende, warzenförmige Gebilde. Überall wo diese sich zeigten, erschien auch eine dunkle, bräunliche bis schwarzbraune Verfärbung der Haut. Im Dezember 1897 bildeten sich auch an der Schleimhaut des Mundes zahlreiche warzige Excrescenzen. Während des Verlaufes der Affektion wechselten beim Patienten Heiſshunger mit Appetitlosigkeit und Erbrechen ab, wodurch er körperlich allmählich soweit herunterkam, daſs er seine Arbeit ganz einstellen muſste. Luetisch ist er nie infiziert gewesen. Verfasser beschreibt im Folgenden ausführlich den Status praesens, giebt eine kurze Zusammenstellung der analogen bisher in der Litteratur publizierten Fälle zum Zwecke eines Vergleiches derselben mit seinem eigenen. — Von den 19 Fällen betrafen 60 % weibliche, 40 % männliche Personen. Die Mehrzahl der Patienten standen im Alter von 40 bis 50 Jahren. In ätiologischer Beziehung von Interesse ist, daſs in allen beobachteten Fällen von Acanthosis nigricans — mit Ausnahme eines von Jacquet beschriebenen — am Organismus der Kranken gleichzeitig carcinomatöse, mit besonderer Vorliebe an den Baucheingeweiden lokalisierte Veränderungen vorhanden waren. Für einen ätiologischen Zusammenhang zwischen der Acanthosis nigricans und Carcinomatose existieren folgende Möglichkeiten: 1. Die Acanthosis nigricans könnte eine metastatische Carcinomatose der Haut und Schleimhäute sein. 2. Es könnte sich bei der Acanthosis nigricans um die an Haut und Schleimhäuten sich geltend machenden Folgen einer carcinomatösen Autointoxikation handeln. 3. Die Acanthosis nigricans könnte sich als eine mit Pigmentationen etc. einhergehende, primäre Dystrophie der Papillen mit sekundärer, partieller, carcinomatöser Entartung der letzteren darstellen. 4. Es könnte eine durch Carcinom verursachte Beeinflussung des Bauchsympathicus vorliegen, durch welche die Funktion des letzteren alteriert oder aufgehoben würde und dadurch zu den charakteristischen Veränderungen an Haut und Schleimhäuten Veranlassung gäbe. — Der Fall des Verfassers verlief, wie Kopp (München) in einem Nachtrag mitteilt, letal. Bei der Sektion fand sich kein Tumor oder sonstige diffuse Carcinomatose vor. Verfasser glaubt, daſs wahrscheinlich noch andere, bisher nicht aufgeklärte Faktoren bei der Entstehung der Acanthosis nigricans eine ätiologische Rolle spielten.

IV. **Histologische Untersuchungen bei einem eigenartigen Fall von Dermatitis herpetiformis mit Horncystenbildung,** von V. Allgeyer-Turin. Die Krankengeschichte dieses Falles wurde bereits in der *Dermatologischen Zeitschrift* 1897 Heft V mitgeteilt (vergl. Referat hierüber *Monatshefte f. prakt. Derm.* Band 25. S. 515). Aus der mikroskopischen Untersuchung einer sehr groſsen Anzahl von Serienschnitten ergab sich das Bestehen zweier getrennter Cystenarten; dieselben entsprechen vollkommen den schon von M. Behrend gefundenen Schweiſsdrüsengang- und Haarbalgcysten. Ebenso wie Behrend (vergl. Referat in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Band 23 S. 591.) konnte auch Verfasser feststellen, daſs die makroskopisch als „Milien“ wahrnehmbare Affektion einzig und allein den Cysten der Schweiſskanäle zugeschrieben werden muſs. Im Vergleich zu diesen waren die anderen Cysten in geringer Zahl. Auf 24 Cysten, bei welchen der Ursprung aus den Schweiſsdrüsen nachweisbar war, kamen nur fünf Haarbalgcysten. Verfasser erklärt sich die Entstehung der Schweiſsdrüsengangcysten folgendermaſsen: 1. „Die fortwährenden Loslösungen der Epidermis, die starke Infiltration der höheren Cutisschichten und der nachfolgende, oberflächliche Vernarbungsprozeſs sind jedenfalls von deletärer Wirkung auf die Schweiſskanäle, deren Kontinuität in gröſserer oder geringerer Entfernung von den betreffenden

Drüsen unterbrochen wird. Der übrigbleibende Stumpf schwillt an; es bildet sich eine kleine Retentionscyste, welche allmählich, an Gröfse zunehmend, der Hautoberfläche immer näher kommt, während die schlecht genährten inneren Zellen mehr oder weniger vollständig verhornen. An dieser Gröfsenzunahme haben die cellulären Proliferationsvorgänge wenig Anteil, was durch die Spärlichkeit der Mitosen bewiesen wird. Nachdem die Cyste die Epidermis erreicht hat, wird sie entweder samt der Blasendecke losgelöst, oder sie bahnt sich ihren Weg durch die Hornschicht und öffnet sich nach aufsen. Auf diese Weise wird die Kommunikation zwischen Schweifsdrüse und Hautoberfläche wieder hergestellt". — Was die Haarbalgcysten betrifft, so sind dieselben „ovale oder birnförmige, vollkommen geschlossene Hohlräume, welche in den tiefen Cutisschichten liegen. Sie enthalten meist einen abgebrochenen, verschiedenartig gekrümmten Haarschaft, umgeben von hornigen Massen und Überresten der zu Grunde gegangenen inneren Wurzelscheide. Die Wand eines solchen Hohlraumes wird von den abgeplatteten Zellen der äufseren Wurzelscheide gebildet. Letztere erstreckt sich nicht weit über die Cyste hinaus, so dafs oberhalb derselben die Präexistenz eines Haarbalgs nur noch durch das Vorhandensein des Haarschaftes bezeugt wird, welcher von Riesenzellen umgeben, als Fremdkörper frei im Bindegewebe liegt. In späteren Stadien verschwindet auch die Epithelwand der Cyste; es bleibt ein kleiner von Riesenzellen ausgekleideter Hohlraum, welcher zuletzt ganz von Riesenzellen und Granulationsgewebe ausgefüllt wird. Die Cystenbildung ist hier also nur eine Begleiterscheinung des Unterganges eines Haarbalges. *C. Berliner-Aachen.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexual-Organe.

Band X, Heft 2.

1. **Die perineale Hodenverlagerung,** von Maximilian Weinberger. Verfasser hat im Anschlufs an einen Fall von perinealer Hodenverlagerung, den er beobachtete, alles zusammengesucht, was in der Litteratur über diese nicht ganz seltene Anomalie zu finden ist; dem beobachteten Patienten machte sie wenig Beschwerden, hatte ihn aber des Militärdienstes enthoben. Es sind eine Reihe von Operationsmethoden zur Beseitigung der Verlagerung angegeben.

2. **Über die Resorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase,** von Albert Seelig. Die Blase resorbiert nicht die nicht flüchtigen körperfremden Stoffe, falls sie in Konzentrationen angewendet werden, welche keine Alteration des Epithels hervorrufen; die flüchtigen dagegen können ähnlich wie Gase das Blasenepithel durchdringen, besonders typisch zeigte sich dies bei Versuchen mit Pyridin, während solche mit Nikotin zu inkonstanten Ergebnissen führten.

Band X, Heft 3.

1. **1231 Fälle von Diabetes mellitus,** von Teschemacher.

2. **Hämospermie,** von de Keersmaecker. Man findet häufig angegeben, dafs bei blutigen Pollutionen das Blut aus den Samenblasen komme; auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser zu ganz anderen Resultaten: In der Regel stammt das Blut aus der Prostata, bei akuten Entzündungen kann der Ort der Blutung auch ein anderer sein, doch ist dies leicht und sicher nachzuweisen; bei chronischen Fällen wird man nur in Ausnahmen einen anderen Sitz der Blutung finden; genaue Untersuchungen hierüber sind überhaupt noch nicht angestellt worden. Hämospermie ist kein Symptom von Spermatocystitis.

3. **Intraurethrotomie bei weiten Strikturen,** von Kollmann. Verfasser hat das von ihm früher beschriebene Urethrotom wieder modifiziert, indem er zur Fixierung des vorderen Endes der Striktur einen Knopf verschieblich mittels einer Hülse daran anbrachte; zu demselben Zwecke soll ein neues Instrument dienen, welches sich als eine Kombination des alten Otis-Oberländerschen zweiteiligen Dilatators mit diesem eben beschriebenen Instrumente darstellt. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band IV, Heft 3.

Über ein leichtes und einfaches Verfahren bei Ausführung der Sectio hypogastrica, von A. Suarez de Mendoza. Die Sectio hypogastrica unter Anwendung des Petersenschen Ballons und Anfüllung der Blase hat manche Mängel. Verfasser vermeidet sie, indem er bei dem Patienten, der in Trendelenburgscher Lage unter einem Winkel von 45° sich befindet, eine Sonde einführt, die am massiven vesikalen Ende einen Falz für ein Bistouri und eine von der einen Seite zur anderen quer durchlaufende Öffnung hat. Nach Ausspülung und Entleerung der Blase wird diese bloſsgelegt, die Wand durch die Sonde vorgestülpt, ein Faden durch Wand und Sondenöffnung gelegt, auf die Sonde incidiert, der Faden gefaſst, vorgezogen und nach Bildung zweier Ösen, welche die Wundränder fassen, durchtrennt. Die Wunde wird dann nach unten erweitert und sonst in üblicher Weise verfahren. Die Sonde trifft die Blasenwandung stets unterhalb der Peritonealfalte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Dermatologisches Centralblatt.

Band II, Heft 6 (März 1899).

Neue Erklärungsversuche der Pathogenese der hereditären Lues, von S. J. Karvonen. Ein Teil der hereditär-luetischen Erscheinungen beruht auf einer Hemmung der natürlichen Entwickelung der Gewebe während des Embryonallebens. Dafür haben Hutinel, Hudelo, Stroebe, Spanudis Beweise beigebracht. Hochsinger nimmt als gemeinsame Grundform eine diffuse inflammatorische Perivasculitis an, die besonders in drüsigen Geweben sich abspielt. Verfasser führt einen Teil der Erscheinungen auf lokale Wirkung der Syphilismikrobien zurück, einen anderen auf Entwickelungshemmung. Erstere bilden lokal begrenzte Krankheitsherde sekundären oder tertiären Charakters, letztere diffuse, wie sie Hochsinger als allein für hereditäre Syphilis charakteristisch hält. Beide Formen können einzeln oder zusammen auftreten und sind in Bezug auf die Entstehungszeit von einander unabhängig; sie können dasselbe Organ ergreifen. Pemphigus und Papeln sieht man oft in der Handfläche und an der Fuſssohle, wo auch diffuse Veränderungen häufig sind. In der Hauptsache betrifft die Störung das Mesenchym. Das embryonale Mesenchym ist wie die diffuse Zellinfiltration bei hereditär Luetischen arm an Plasmazellen. In beiden sucht man auch vergebens nach Bindegewebsfasern, wennschon Zwischensubstanz vorhanden ist. Infolgedessen erscheinen die spezifischen Elemente und die Blutgefäſse in dem diffusen Infiltrat ohne Grenzen eingemauert zu sein, sodaſs das Infiltrat sich bis zu den Epithelien und Endothelien fortsetzt. — An den Blutgefäſsen findet man bei hereditärer Syphilis Endarteriitis und Endophlebitis, Periarteriitis und Periphlebitis. Letzteren Veränderungen legen manche besondere Bedeutung bei. (Schluſs folgt.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

The British Journal of Dermatology.

Februar 1899.

I. **Kongenitale Immunität gegen Syphilis und das sogenannte „Profetasche Gesetz"**, von George Ogilvie-London. In einer früheren Arbeit über angeborene Immunität gegen Syphilis hatte Verfasser folgende Thesen aufgestellt: 1. Klinische Thatsachen scheinen zu beweisen, dafs gesunde, von syphilitischen Müttern während des sekundären Stadiums geborene Kinder eine vorübergehende Immunität gegen syphilitische Infektion erlangen können. 2. Es existieren keine Thatsachen, welche beweisen, dafs ein von einer tertiär-syphilitischen Mutter geborenes Kind irgend einen Grad von Immunität erlangt. 3. Ebenso sind keine Beweise vorhanden, dafs ein syphilitischer Vater jemals irgend einen Grad von Immunität auf seine gesunden Nachkommen überträgt. — In der vorliegenden Arbeit untersucht Verfasser an der Hand der einschlägigen Litteratur sehr eingehend, inwieweit diese seine Thesen und insbesondere auch das sogenannte Profetasche Gesetz, nach welchem ein gesund geborenes Kind von seiner syphilitischen Mutter oder von einer syphilitischen Amme ohne Ansteckungsgefahr gesäugt werden können, in den Arbeiten namhafter Autoren, wie Neisser, Reid, Finger, F. J. Behrend, Diday, Fordyce, Fournier, Barthélemy, v. Düring, Hochsinger u. a. eine Stütze oder Widerlegung finden. (Fortsetzung folgt.)

II. **Ein Beitrag zum Studium des Ekzems**, von Leslie Roberts-Liverpool. (Schlufs.) Der Verfasser behandelt im vorliegenden Abschnitte seiner ausgedehnten Arbeit zunächst das Wesen des Ekzems oder der ekzematösen Ausschläge. Er ist der Ansicht, dafs im Gegensatze zum Anthrax, Tuberkel, zum Leprabacillus, welche zu ganz spezifischen Entzündungsformen Anlafs geben, das Ekzem einfach eine Reaktion des Mesoderms auf eine epitheliale Reizung oder auf einige Reize bedeutet, welche im Epithel gelegen, zu gewissen temporären Alterationen in der Natur der Epithelzellen führen. Weiter bespricht der Verfasser die Mikroorganismen in Beziehung zum Ekzem. Die Schizomyceten der menschlichen Haut teilt er in drei Hauptgruppen ein: 1. in die Saprophyten; 2. reinen Parasiten; 3. fakultativen Parasiten, d. h. Organismen, welche für gewöhnlich saprophytischer Natur sind, jedoch unter noch nicht genau bestimmten Bedingungen parasitische Lebensgewohnheiten annehmen können. — Einige der ersten Gruppe sind normale Hautbewohner; zu ihnen gehören mehrere Arten von Sacchararomyceten, vielleicht auch der Riesenbacillus („Flaschenbacillus" von Malassez-Unna) und Morokokken. Als reinen Parasiten kann man den Leprabacillus ansehen. Die fakultativen Parasiten umfassen eine gröfsere Gruppe, zu der der Tuberkelbacillus, der Erysipelstreptcoccus und wahrscheinlich auch die pyogenen Organismen und Morokokken gehören. Einige andere Bakterien können bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens keiner Gruppe eingereiht werden; es sind dies der Mikrobacillus der Seborrhoea (Sabouraud), der Mikrococcus der Alopecia (Vailliard-Vincent) und die Bakterien, welche man in Verbindung mit einigen Erkrankungen des Haarschaftes antrifft. Unter einigen vierzig Beobachtungen verschiedener Präparate gesunder und kranker menschlicher Haut fand Verfasser 22 mal den Riesenbacillus. Seine Anwesenheit steht in keiner Beziehung zu der Krankheit, sondern eher zum Zustand der Hornzellen. Fast immer fand ihn Verfasser, wo diese feucht und fettig waren; andererseits fehlte der Bacillus in Hornzellen vom Hauthorn, von Keratosis pilaris in einem Falle, und ebenso in der innern Wurzelscheide einer gesunden Cuticula, so wenn das Haar und Scheide durch Elektrolyse entfernt worden waren. In grofsen Mengen fand Verfasser den „Flaschenbacillus" im Epithel der Nasenschleimhaut, in dem fettigen Sekret des Naseneinganges. Sehr reichlich traf man ihn an in der inneren Wurzelscheide einer suppurativen Folliculitis trichophytca. Dem Morococcus gesteht Verfasser zwar irritative, para-

sitische Eigenschaften zu, möchte denselben jedoch nicht als einzige Ursache des Ekzems ansehen. — In einem Schlufskapitel werden die Hauptgesichtspunkte, welche bei der Entstehung des Ekzems in Betracht kommen, noch einmal kurz rekapituliert.

III. **Kongenitale Syphilis: Eine neue Theorie,** von CAMPBELL WILLIAMS. Bei der Betrachtung der kongenitalen Syphilis drängt sich einem die Frage auf, weshalb das scheinbar gesund geborene Kind die ersten Haut- oder kondylomatösen Erscheinungen der Krankheit häufig erst zwischen der 8. bis 10. Woche nach der Geburt aufweist. Dieser Zeitraum entspricht etwa der Zeit von der Infektion bis zum Auftreten des Exanthems bei der acquirierten Lues. Der Grund, weshalb das Kind nicht gleich bei der Geburt syphilitische Erscheinungen zeigt, ist nach der Ansicht des Verfassers der, dafs die Gewebe des Foetus in utero thatsächlich einen integrierenden Teil seiner Mutter bilden und an dem Agens, welches die äufseren, sichtbaren luetischen Anzeichen bei der Mutter in Schranken hält, teilnehmen. Dieser Einflufs ist vermutlich ein cirkulatorischer. Solange der Fötus ihm unterworfen ist, zeigt er keine objektiven, syphilitischen Symptome, sobald er jedoch durch die Geburt eine gesonderte Existenz erlangt und jenem Einflusse entzogen ist, nimmt das bisher latente Virus eine langsam fortschreitende Aktivität an, bis es in 3—6—8 Wochen seine volle Wirksamkeit entfalten kann. Das wirksame Agens, welches syphilitische Erscheinungen bei der Mutter wie beim Fötus nicht aufkommen läfst und noch einige Zeit nach der Geburt des Fötus diesen Einflufs ausübt, wird vermutlich vom mütterlichen Organismus geliefert, weil die Mutter immun bleibt, während das Kind früher oder später nach der Geburt an Syphilis erkrankt. Die Schwere der luetischen Erscheinungen dürfte eher von der Widerstandsfähigkeit der Gewebe, als von der Quantität des syphilitischen Virus abhängen. *C. Berliner-Aachen.*

Archives of Surgery.

Herausgegeben von JONATHAN HUTCHINSON. 1897—1898.

Ein Fall von Granuloma fungoides. Ein arthritisch veranlagter 70jähriger Mann, der von Jugend auf an Ekzem gelitten hatte, kam zu H. wegen grofser Geschwüre an seinen Oberschenkeln. Eines davon safs am rechten Oberschenkel gegenüber dem Scrotum, war von blassen, schlaffen Granulationen bedeckt und von einer dunkelrot gefärbten Haut mit hypertrophischen Papillen umgeben. Am Scrotum und am linken Schenkel safsen ähnliche, minder grofse Geschwüre. Patient wurde durch dieselben kaum belästigt. Der ganze übrige Körper war mit dunkelfarbigen, lichenoiden Flecken besetzt. Nach Chrysophansäure äufserlich, Arsen, Opium und Nux vomica innerlich besserte der Zustand sich bedeutend. — Ein 40jähriger Sohn dieses Patienten stellte sich dem Verfasser mit einem bläulich-roten, trockenen, handgrofsen Fleck auf dem Bein vor; die betreffende Hautstelle war etwas verdickt. H. hält solche Flecke als symptomatisch für Gicht und als Anzeichen für weitere Hautveränderungen.

Über Haut-Atrophie und atrophische Narben. Veranlassung zu diesen Bemerkungen gab ein Patient, der etwa 20 Jahre lang an einem syphilitischen Lupus der Hand und des Unterarms gelitten hatte. Am Armrücken war der Ausschlag geheilt, hatte aber eine mit zahlreichen Pigmentflecken durchsetzte atrophische Haut zurückgelassen. H. ist geneigt, diese so veränderte Haut als „atrophische Narbe“ zu bezeichnen, und knüpft daran die Frage, ob es eine primäre Atrophie der Haut gäbe. Er bezweifelt, ob neben der angeborenen und der senilen Atrophie noch eine solche primär vorkomme; vielmehr sei es wahrscheinlich, dafs in allen den Fällen, die als Atrophia cutis primitiva imponierten, irgend eine Hautentzündung voraufgegangen sei.

Ein Exanthem nach Heilung der Syphilis. Der betreffende Patient hatte im Jahre 1893 einen harten Schanker gehabt; sekundäre Symptome waren nicht aufgetreten. Quecksilberkur. Mehrere Jahre später zeigte sich ab und zu über den ganzen Körper ein rotfleckiges Exanthem; die Flecke waren aber stellenweise so blafs, dafs man sie leicht übersehen konnte. H. hat öfter beobachtet, dafs die Syphilis trotz ausgiebiger Hg.-Behandlung das Gefäfssystem der Haut in einem sehr labilen Zustand beläfst, so dafs es durch leichte Reize zu örtlichen Kongestionen gebracht wird. Dieser Zustand ist an und für sich unbedenklich; derartig veranlafste Exantheme können durch einige Gaben Quecksilber leicht beseitigt werden.

Über Pemphigus und seine Unterarten. Pemphigus diutinus bildet unter allen Pemphigus-Arten die Grundform, den Typus, um den herum die andern Formen sich gruppieren. Vielleicht wird man eines Tages auch die Dermatitis herpetiformis dahin rechnen. H. giebt nun eine kurze klinische Symptomatologie des Pemphigus diutinus, als dessen zuverlässiges Specificum er das Arsen bezeichnet. Auffällig ist seine Bemerkung, dafs er diese Form in den letzten zwanzig Jahren so gut wie garnicht mehr beobachtet hat, während ihm in dem einen Jahrgang 1854 noch 18 Fälle vorgekommen waren. H. führt diese Thatsache darauf zurück, dafs jeder praktische Arzt den Pemphigus diutinus jetzt mit Arsen zu heilen versteht. Die vorliegende Abhandlung befafst sich namentlich mit dem Pemphigus vegetans. Dieser teilt mit andern Formen gewisse Eigentümlichkeiten, so die Neigung der Haut, auf geringe Reize mit Blasenbildung zu antworten. Eine Dame zeigte ihm Blasen auf ihrem Arm, die dadurch entstanden waren, dafs ihr Mann ihr einige Stunden vorher beim Einsteigen in den Wagen behülflich gewesen war. Eine andere Eigentümlichkeit besteht darin, dafs Mundentzündungen — Bläschenbildung auf der Schleimhaut — dem Ausbruch des Pemphigus vegetans jahrelang voraufgehen kann; ein hierhergehöriger Fall, der nach langem Leiden tödlich endete, wird ausführlich mitgeteilt. In einem andern Fall, der einen Knaben betraf und ebenfalls tödlich verlief, stellte sich dagegen die Mundentzündung erst im Verlauf der Hautkrankheit ein. — Sehr interessant sind auch Hutchinsons Beobachtungen über familiale Erkrankung an Pemphigus. Er berichtet von zwei solchen Familien. In einer Familie waren von acht Geschwistern fünf befallen; ihre Mutter hatte gleichfalls in der Jugend an einer bullösen Erkrankung der Haut gelitten. Bei ihnen stellte sich der Pemphigus stets wenige Tage bis Wochen nach der Geburt ein und safs auf den Extremitäten und den von der Psoriasis bevorzugten Stellen. Finger- und Zehen-Nägel erlitten dabei tiefgehende Veränderungen. Keines der Kinder erlag der Krankheit, aber auch keines wurde endgültig geheilt. In der zweiten Familie litten vier von sieben Kindern an der Krankheit. Hier lagen die Verhältnisse ähnlich. Die von dem Hausarzt in diesem Fall gestellte Diagnose auf kongenitale Syphilis weist H. mit triftigen Gründen zurück. — Es folgt noch eine weitere Reihe von Krankengeschichten, die sich durch Abweichungen von dem gewohnten Symptomen-Komplex oder durch Komplikationen auszeichnen. Unter diesen verdienen zwei besondere Erwähnung. In dem einen Fall waren auch die Conjunctivae ergriffen und es erfolgte Schrumpfung der Augenlider und Trübung der einen Cornea. In dem andern wurde der Pemphigus von einer Peritonitis abgelöst, die eine sechsmalige Punktion nötig machte; hier erfolgte völlige Heilung. In beiden Fällen handelte es sich um Knaben. — In einer allgemeinen Besprechung, die H. an die Mitteilung dieser Fälle knüpft, bemerkt er, dafs drei Eigenschaften der Körper-Organisation dem Pemphigus zu Grunde liegen, einmal eine nur lockere Verbindung der Epidermis mit der Cutis — „a defective adhesion of the epidermis and its easy elevation by fluid secretion under it“. Zweitens in vielen Fällen eine nahe Beziehung des Pemphigus zum Herpes, d. h. eine leichte Erregbarkeit der Hautnerven;

und aus diesen beiden Voraussetzungen drittens folgend eine Idiosynkrasie des Individuums. Der äufsere, den Menschen treffende Reiz, Syphilis z. B., bildet für diese Idiosynkrasie nur das auslösende Moment. Zum Schlufs giebt Verfasser eine Einteilung der „Pemphigoiden Dermatitis" in elf Gruppen.

Ausgewählte Fälle von hereditärer Syphilis. Verfasser führt uns eine gröfsere Reihe von Eigenbeobachtungen betr. ererbte Syphilils vor; mit denselben will er folgende Sätze beweisen: 1. dafs Kinder mit ausgesprochenen Stigmata syphilitica hereditatis häufig ganz gesund und kräftig werden; 2. dafs nicht selten nur ein Kind unter mehreren Geschwistern an Lues congenita erkrankt; 3. dafs von allen Symptomen der ererbten Syphilis Keratitis das häufigste ist; 4. dafs nur ausnahmsweise eine gröfsere Zahl von Geschwistern an Lues hereditaria erkranken; 5. dafs die Mutter von Kindern mit angeborener Syphilis zeitlebens ganz frei von allen Symptomen bleiben kann; 6. dafs Wachstumshemmung eine Folge dieser Krankheit sein kann. Hierfür bringt die erste Beobachtung einen interessanten Beleg; sie betrifft ein 20jähriges Mädchen von auffallender Kleinheit. Bei der Sektion (die Krankheit ist nicht angegeben) erwies sich, dafs auch der Uterus mit seinen Anhängen nur die Hälfte der natürlichen Gröfse erreicht hatte; 7. dafs Kinder, die bald nach der Infektion eines oder beider Eltern geboren sind, doch dauernd ganz frei von allen Symptomen bleiben können; 8. dafs zwar in der Regel solche Patienten gesund bleiben, nachdem sie ihre Chorioiditis, Keratitis u. s. w. überstanden haben, dafs aber ausnahmsweise chronisch verlaufende Entzündungen sich einstellen können; — Vergl. Beobachtung III. — 9. dafs bei manchen Kindern die ererbte Syphilis dauernd latent bleibt; 10. dafs Kinder von hereditär luetischen Eltern in der Regel ganz gesund bleiben. (Hierzu liegen allerdings schon gegenteilige Beobachtungen vor. D. Ref.) 11. dafs syphilitische Kinder von ihren Müttern ohne Gefahr für diese genährt werden können.

Über Mund- und Zungen-Herpes. Die typischen Formen des Herpes sind der Herpes labialis und der Herpes zoster. Im Gegensatz zu letzterem zeichnet sich ersterer durch seine häufigen Recidive aus. Ja, der Herpes labialis kann sich so rasch wiederholen, dafs er einem Dauerausschlag ähnlich wird. Doch sind auch schon rasch sich wiederholende Herpus-zoster-Anfälle zur Beobachtung gekommen. Neben diesen beiden Hauptformen laufen auch allerlei Abweichungen her, von denen HUTCHINSON in dieser Abhandlung eine reichliche Kasuistik liefert. Vor allem sind es der Mund- und Zungen-Herpes, die ihn hier beschäftigen und die, wie er bemerkt, häufig mit Syphilis verwechselt werden. Diese Form des Herpes bildet nicht selten den jahrelangen Vorboten eines langwierigen und bisweilen tödlichen Pemphigus. Die an dieser Stelle mitgeteilten Fälle sind dagegen, soweit die Beobachtung reicht, frei von Pemphigus geblieben. — An die acht Fälle von Mund- und Zungen-Herpes schliefst sich eine weitere Reihe mit dem Sitz auf dem Abdomen, den Oberschenkeln, dem Gesäfs und anderen ungewohnten Stellen, wobei der Herpes sich häufig wiederholte. In einem Fall (S. 208) litt die Patientin 12 Jahr lang an immer wiederkehrendem Herpes der rechten Wange; andere Störungen ihrer Gesundheit wies sie nicht auf. Interessant sind auch die Fälle von Herpes ophthalmicus, mit dem Sitz auf der Conjunctiva bulbi; eine Patientin (S. 210) bekam infolgedessen eine heftige Iritis. Es wird aufserdem noch eine stattliche Reihe von Krankengeschichten mit abnormem Sitz des Herpes und andern Abweichungen mitgeteilt, ohne dafs HUTCHINSON daran weitere Bemerkungen knüpft.

Zwei Fälle von „Yaws" bei Engländern. Yaws oder Framboesia ist eine bei den Negern vorkommende Hautkrankheit, die in vielen Punkten der Syphilis gleicht. Beide Formen beginnen mit einem örtlichen Geschwür, lassen ein sekundäres

und ein tertiäres Stadium unterscheiden, die sich wiederum in ihren Äufserungen gleichen; bei beiden gewährt die einmal erfolgte Ansteckung eine langdauernde Immunität. Sie unterscheiden sich nur dadurch, dafs bei den Yaws das primäre Geschwür selten an den Genitalien sitzt, dafs bei ihnen die Schleimhäute freibleiben und der sekundäre Hautausschlag endlich immer framboesoid sein soll. H. hatte nun Gelegenheit, zwei Engländer, die sich in überseeischen Ländern Yaws geholt hatten, zu untersuchen, und kommt zu dem Schlufs, dafs diese Form sich in nichts von der Syphilis unterscheidet. Das sekundäre Exanthem war in einem Falle ausgesprochen polymorph und die Heilung erfolgte beide Male rasch auf Quecksilber und Jodkalium.

Über das Xanthom als ein Symptom. H. unterscheidet vier Formen des Xanthoms, die aber zusammenhängen und ineinander übergehen können, nämlich Xanthoma palpebrarum, Xanthoma diabeticorum, Xanthoma ictericorum und Xanthoma congenitale. Allen diesen Formen gemeinsam ist die Anwesenheit von Gallsäuren im Blut und die gewöhnlichste Ursache für diese Abweichung bilden Lebererkrankungen irgend welcher Art. Doch sind auch ererbte Anlage, Neigung zu Psoriasis u. s. w. für das Vorkommen von Gallsäuren im Blute verantwortlich zu machen. In zwei Fällen, die H. mitteilt, waren mehrere dieser Faktoren wirksam. Jedoch legt Hutchinson besonderes Gewicht auf die Leberstörungen und betrachtet das Xanthelasma als ein wichtiges Symptom für das Vorhandensein letzterer. Auf die Leberstörung meint er durch Quecksilber und Taraxacum einwirken zu können. Leute, die wegen Syphilis lange mit Hg. behandelt wurden, werden nach seiner Erfahrung ganz frei von Gallenkolik-Anfällen, an denen sie früher gelitten hatten.

Über sehr spätes Auftreten der tertiären Syphilis. Nach Hutchinsons Auffassung kommen während des sekundären Stadiums des Syphilis alle Körpergewebe mit dem Gift in Berührung und behalten entweder etwas von demselben zurück oder werden von demselben in der Weise beeinflufst, dafs sie für die Dauer unter dem Einflufs der Lebensschädlichkeiten zu einer spezifischen Entzündung geneigt bleiben. Solche Entzündungen können noch während des zweiten Stadiums zum Ausbruch kommen; es können aber auch lange Jahre vergehen, ehe sie sich zeigen. Zwei Krankengeschichten der letzten Art teilt H. mit. Im ersten Fall zeigten sich die ersten objektiven Symptome tertiärer Syphilis — zweideutige Schmerzen in den Beinen waren schon mehrere Jahre voraufgegangen — 12 Jahre nach der Ansteckung. Im zweiten Fall betrug der Zwischenraum sogar 32 Jahre. Dann aber stellten sich in sechs auf einanderfolgenden Jahren eine Reihe ernster tertiärer Erscheinungen ein.

Über „Mortimers“ Krankheit. Mit „Mortimers“ Krankheit bezeichnet Hutchinson eine Dermatose, die bisher noch nicht beschrieben ist, die aber in nächster Beziehung zur Familie der lupösen Hautformen steht und die er deshalb und wegen ihrer sonstigen Eigentümlichkeiten auch Lupus vulgaris multiplex non-ulcerans et non serpiginosus nennt. Der erste ihm aufstofsende Fall betraf eine Frau Mortimer, daher der kürzere Name. Diese Patientin war zur Zeit ihrer Behandlung 65 Jahr alt. Bei ihr und bei drei weitern Patienten, deren Erwähnung geschieht, bestand das Leiden im wesentlichen in der Bildung von zahlreichen dunkelroten, reliefartig vorspringenden Flecken ohne Neigung zur Entzündung oder zur Ulceration. Diese Herde sind sehr hartnäckig, nehmen aber nur ganz allmälig an Zahl und Umfang zu, treten in Gruppen auf und sind meist symmetrisch verteilt. Durch alle diese Eigenschaften unterscheiden sie sich vom Lupus vulgaris; mit den übrigen Lupus-Formen haben sie keine Ähnlichkeit. — Der letzte der mitgeteilten vier Fälle war von einer andern Autorität für Lichen planus erklärt worden. Hierzu bemerkt H., dafs zwischen den verschiedenartigsten Hautkrankheiten Übergänge bestehen und dafs

auf einer tuberkulösen Haut ein Lichen unter Umständen ein lupoides Aussehen annehmen kann.

Über Hautausschläge im Zusammenhang mit Gicht. H. berichtet über Personen, die selber an Gicht litten, oder von gichtischen Eltern stammten und bei denen sich, namentlich an den Händen oder im Gesicht, blaurote Flecke entwickelten, die zwischen chronischer Entzündung und Neubildung die Mitte hielten, und die vermutlich mit HEBRAS Sarkoma melanodes identisch sind. Die bösartige Natur des Sarkoms kommt ihnen aber nicht zu. Das Allgemeinbefinden wird nicht beeinträchtigt, die Flecke haben keine Neigung zu ulcerieren oder die Lymphgefäfse in Mitleidenschaft zu ziehen. In einem Falle wurde Biopsie gestattet und dadurch eine mikroskopische Untersuchung der Flecke ermöglicht. Die Cutis zeigte sich ungleichmäfsig von jungen runden und ovalen Zellen infiltriert; in der Papillarschicht war die Infiltration am stärksten, so dafs die Papillen geschwollen und gestreckt (flattened) erschienen. Die Infiltrationszellen sahen mehr wie Zellen einer Neubildung aus und nicht wie solche eines Granuloms, das durch mechanische Reizung oder unter der Wirkung von Mikroorganismen zu stande kommt. Neben diesen Zellen fanden sich, besonders in den Spitzen der Papillen, Pigmentzellen, die mit dunkelbraunen Melaninkörnern angefüllt waren. — Das ganze Präparat machte den Eindruck eines Naevus pigmentosus in sarkomatöser Umwandlung.

Zur Kasuistik der Syphilis. Ein Fall, der leider nur in äufserster Kürze berichtet wird, betrifft eine dreimalige syphilitische Ansteckung; zwischen der ersten und zweiten lagen 13, zwischen der zweiten und dritten 7 Jahre. Die dritte Infektion ist freilich noch nicht ganz sicher festgestellt, weil zur Zeit der Veröffentlichung die Sekundär-Symptome — vielleicht in Folge von frühzeitiger Hg.-Behandlung — noch fehlten. Der Schanker safs diesmal in der Urethra. — Nach der zweiten Infektion stellte sich ein lupoider Ausschlag ein, der unter Quecksilber und Jodkalium völlig heilte. — Interessant ist auch folgender Fall: 1888 hatte ein Patient einen weichen Schanker der Corona glandis, der bald ausheilte. 1896 Urethral-Schanker und specifisches Geschwür eines Fingers mit nachfolgenden Sekundär-Symptomen. Heilung. Alsdann Dez. 1897 harter, schankröser Knoten genau an der Stelle des frühern Ulcus molle auf der Corona glandis. Vier Wochen vorher hatte ein Coitus stattgefunden. HUTCHINSON „feels almost certain“, dafs dieser neue Knoten kein Gumma, sondern eine neue Infektion darstellt; ein Gumma würde viel eher die Stelle des frühern harten Schankers in der Urethra oder am Finger aufgesucht haben. — Zwei weitere Fälle betreffen a) einen trotz Quecksilber monatelang anhaltenden sekundären Hautausschlag; b) ein Gumma der Brustwarze bei einem Mann, während er wegen einer zweiten syphilitischen Infektion in Behandlung stand. Das Gumma machte keine subjektiven Symptome und heilte nach sechs Woche aus.

Türkheim-Hamburg.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Februar 1899.

I. **Eine papulöse, persistierende Dermatose, die bisher noch nicht beschrieben worden ist,** von J. C. JOHNSTON. Die Krankheit begann bei der 53jähr. Frau vor 10 Jahren mit flachen, roten, auf die geringste Verletzung hin leicht blutenden Papeln zuerst im Gesicht, später an Armen und Beinen. Vor 4 Jahren begann die Verdickung der Haut der Arme; die einzelnen Efflorescenzen zeigten ein lebhafteres Wachstum, wurden gröfser, flacher, härter und schienen mehr in der Tiefe der Haut zu liegen. — Verfasser beschreibt den Status praesens. Befallen sind

auch jetzt nur Gesicht, Arme und Beine. Die Papeln sind immer einzelnstehend und unbeweglich auf der Hautunterlage. Drei wurden zu verschiedenen Zeiten excidiert. Es entwickelten sich bald an der Excisionsstelle neue, gröfsere Papeln. Die Affektion verursacht der Patientin bedeutendes Jucken. — Therapeutisch kommen juckstillende Mittel, wie Kampheröl, Kampher-Karbolsalbe zur Anwendung. Innerlich wurden Arsenpillen verordnet. Unter dieser Behandlung gingen einige Efflorescenzen zurück, ohne jedoch vollständig zu verschwinden; das Jucken wurde gemildert, die Lichenifikation weniger stark, als früher. — Im Folgenden teilt Verfasser das Resultat der histologischen Untersuchung mit. Der pathologische Prozefs ist ein entzündlicher und beginnt um die Gefäfse in beiden Schichten des Coriums. Im papillären Teil erscheint die Infiltration diffus über den ganzen befallenen Bezirk verbreitet; im retikulären Teil sind die Zellen im Beginn um die Gefäfse, später um die Nervenstämme angehäuft. Der Prozefs dehnt sich nach allen Richtungen hin aus, wird jedoch durch das subcutane Fettgewebe aufgehalten. Die Epidermis ist sekundär in Mitleidenschaft gezogen. — Die Bläschenbildung, ein wesentliches, wenn auch nicht gerade charakteristisches Merkmal der Affektion, beginnt im Stratum mucosum und zwar im Centrum jeder Papel. Die Stachelzellenschicht wird mit Leukocyten infiltriert, die Zellen selbst erfahren eine körnige Degeneration. — Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose und zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse: 1. Klinisch handelt es sich um einen pruriginösen, papulovesikulösen, persistierenden Ausschlag, der hauptsächlich die Streckseiten der Extremitäten und das Gesicht befällt, Lichenifikation aber keine Ekzematisation zeigt und durch einzelnstehende, harte Papeln charakterisiert ist. 2. Histologisch ist es ein entzündlicher Prozefs, von äufserst chronischem Charakter, der sich im ganzen Corium abspielt. Ein besonderes und eigentümliches Merkmal der Entzündung ist es, dafs die Nervenstämme der Reteschicht in Mitleidenschaft gezogen sind. Die Epidermis ist sekundär befallen, zeigt eine Verdickung des Stratum corneum. 3. Mangels eines geeigneteren Namens der bisher nicht beschriebenen Affektion erscheint einstweilen die Bezeichnung „papulöse, persistierende Dermatosis“ angebracht. 4. Die Krankheit dürfte zu den neurotischen Entzündungen zu zählen sein.

II. **Ein Fall von universellem Lichen planus mit plötzlichem Exitus letalis**, von J. A. Fordyce-New York. Das Hautleiden begann bei der 60jährigen Patientin im März 1897 als ein juckender papulöser Ausschlag an den Dorsalflächen der Hände, Handgelenke und Vorderarme. Innerhalb von 2—3 Monaten verbreitete sich derselbe über den ganzen Körper und erreichte eine Ausdehnung, wie sie Verfasser nie zuvor beobachtet hatte. Bei der ersten Besichtigung bestand der Ausschlag aus Gruppen von Papeln mit circinären und gyrierten Konturen, mit pigmentiertem Centrum und umgebendem pigmentierten Hofe, ferner aus vereinzelten, dunkelroten, opaken, mit Delle versehenen, winklig begrenzten Papeln, aus leicht schuppenden, psoriasisähnlichen Efflorescenzen, einzelnen pigmentierten Flecken und Bezirken. Einige der Efflorescenzen haben sich zurückgebildet mit Hinterlassung schwacher, oberflächlicher Atrophie. Der circinäre Charakter des Ausschlages war eines der hervorragendsten Merkmale der Krankheit. — Der Ausschlag verursachte intensives Jucken, so dafs die Patientin nicht schlafen konnte und infolgedessen stark abmagerte. Unter Arsenik besserte sich zeitweilig der Zustand, doch traten bald unter Temperatursteigerung, stark erhöhter Pulsfrequenz und Verschlechterung des Allgemeinbefindens Exacerbationen auf. — Die Patientin liefs sich später ins städtische Hospital aufnehmen, wo unter verstärkten Arsengaben, besseren hygienischen und diätetischen Mafsnahmen der Ausschlag nahezu gänzlich verschwand, und nur eine braune Pigmentation zurückblieb. Das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends bis 24 Stunden vor dem Tode,

als die Patientin plötzlich über Unwohlsein klagte, erhöhte Temperatur und rasenden Puls zeigte. Am nächsten Tage trat der Tod ein. Die Sektion ergab akute Dilatation des Herzens mit brauner Muskelatrophie, chronische diffuse Nephritis mit Arteriosklerose und Infarkten. Die vollständige Unkenntnis der Ätiologie des Lichen planus macht es fast unmöglich zu erklären, in welcher Beziehung die Gefäfs- und Nierenveränderungen zum Hautausschlage stehen. — Die mikroskopische Untersuchung einiger excidierter Papeln ergab die typischen anatomischen Veränderungen, wie man sie sonst beim Lichen planus antrifft. Für die Annahme eines nervösen Ursprunges des Lichen planus waren keine Anhaltspunkte vorhanden.

III. **Ein ungewöhnlicher bullöser Ausschlag,** von W. Th. Corlett-Cleveland. Ein 60jähriger Mann konsultierte den Verfasser am 22. Oktober 1897 wegen eines juckenden Ausschlages an der Innenfläche der Oberschenkel und Beugeseite der Vorderarme. Die Hautkrankheit begann im Juli 1894 an den Handgelenken und verbreitete sich aufwärts bis zu den Ellenbogengelenken, ergriff kurze Zeit später die Innenseite der Oberschenkel und gewann ein ähnliches Aussehen, wie es gegenwärtig ist. Charakterisiert war die Affektion hauptsächlich durch Röte der Haut, Blasenbildung und heftiges Jucken. Der Ausschlag dauerte etwa 3—4 Wochen, verschwand dann vollständig, um nach kürzeren oder längeren Intervallen immer wieder von neuem auszubrechen. Die gegenwärtige Attacke ist die siebente. Die bemerkenswertesten Merkmale der Affektion sind: der polymorphe Charakter der Efflorescenzen mit Vorwiegen kleiner Blasen, das intensive Jucken, die symmetrische Verteilung und Begrenzung auf gewisse Bezirke, die Recidive an denselben Stellen, die Kürze der Attacken und die vollständige Immunität, deren sich der Patient während der relativ langen Intervalle von 3—7 Monaten erfreut.

IV. **Über einige anatomische Eigentümlichkeiten der Urethra des Mannes mit Beziehung auf infektiöse oder traumatische Erkrankungen,** von Th. H. Manley-New York. Verfasser hält mit Guyon eine gründliche Kenntnis der Anatomie und Physiologie des Uro-Genitaltraktus für notwendig, um die Gefahren chirurgischer Eingriffe bei der Behandlung von Harn- und Geschlechtskrankheiten zu mindern. Aus der normalen Anatomie der Urethra des Mannes hebt Verfasser einige Besonderheiten hervor, so das schwammige, mit Blut so reich versorgte, aufserordentlich dehnungsfähige Gewebe der Corpora cavernosa, wodurch Verletzungen und Schädigungen der Urethra rascher zur Abheilung kommen müssen als andere, nicht unter gleich günstiger Ernährung stehende Organe. Verfasser bespricht den Substanzverlust durch oberflächliche Exfoliation oder tiefe Necrosis und den Gang der Regeneration, die Grenzen der epithelialen Restitution nach umschriebener oder ausgedehnter Zerstörung der Urethralschleimhaut. Überall zeigt sich die Tendenz des geschädigten oder erkrankten Gewebes zur Restitutio ad integrum, zur ursprünglichen normalen Struktur zurückzukehren. Sehr wesentlich ist es beim Heilungsprozefs, die Passage der Urethra durch Sonden oder Bougies in situ, oder in kürzeren Zeitintervallen eingeführt, offen zu halten.

V. **Ein Mikrokauter zu dermatologischen Zwecken,** von W. S. Gottheil. Verfasser hat nach den Taenzer- und Unnaschen Mikrobrennern einen Galvanokauter konstruiert, dessen Spitze aus nicht oxydierbarem Metalle (Irido-Platin) besteht und durch Anschlufs an den zu Gewerbszwecken gelieferten, elektrischen Strom oder durch Verwendung von konstanten Batterien erhitzt werden kann. Die notwendigen Kauter-Umschalter, welche die Edison-Gesellschaft in New York anfertigt, ermöglichen den Gebrauch des direkten Stromes von 110 Volt zur Kauterisation und zur Beleuchtung mittelst kleiner Glühlampen. *C. Berliner-Aachen.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band III, Heft 1. (Januar 1899.)

1. **Ein ungewöhnlicher Fall von Nephrolithiasis**, von Carl Beck-New York. Es ist bekannt, dafs bei Autopsien häufig Nierensteine gefunden werden, die während des Lebens den betreffenden Personen nie Beschwerden verursacht haben. Nicht immer, sondern nur bei Verstopfungserscheinungen seitens solcher Steine treten die bekannten Symptome wie Lumbarschmerz, Harngries, Hämaturie, häufige Miktionen, Nausea, Vomitus und Meteorismus auf. Die Röntgenstrahlen haben nur bei Oxalatsteinen einen diagnostischen Wert, während die Harnsäurekonkremente ziemlich und die Phosphatsteine ganz durchlässig für X-Strahlen sind. Da die oxalsauren Steine gegenüber den anderen Steinarten in der Minorität sind, ist es klar, dafs viele Steine trotz der Röntgenstrahlen unentdeckt bleiben. Nach diesen einleitenden Worten citiert Verfasser einen Fall von Harnsäureoxalatstein der rechten Niere, der zu Erscheinungen von Appendicitis geführt und Anlafs zum operativen Eingriff gegeben hatte. Es handelte sich um einen 32jährigen Mann. Höchstwahrscheinlich war der Stein vom Nierenbecken in den rechten Ureter gelangt, wo er am 1. Oktober 1898 einen ersten Schmerzanfall, wohl infolge Einkeilung, auslöste. Später, nach einigen Tagen, wo ein zweiter heftigerer Anfall erfolgt war, mufs der Stein den Harnleiter perforiert haben. Wunderbar ist es, daß dabei kein Urin in die Bauchhöhle geflossen, die normale Harnabsonderung niemals gestört gewesen ist, und eigentliche Nierenkoliken nicht bestanden haben.

2. **Ein Fall von Ainhum**, von Bernard Wolff-Atlanta. Wolff berichtet über einen Fall von Ainhum bei einer 40jährigen Farbigen aus Georgia, die niemals aus diesem Staate herausgekommen war. Die fehlende kleine Zehe des rechten Fufses will sie angeblich vor 20 Jahren durch das Messer eines Chirurgen verloren haben. Die linke kleine Zehe zeigte eine Einschnürung, die im Laufe der Beobachtung zur totalen Abtrennung führte. Zuletzt bestand nur noch eine schmale Hautbrücke, die mit der Schere durchgeschnitten wurde. Von Knochen war in der abgeschnittenen Zehe nichts mehr zu sehen. Alles war in Binde- und Fettgewebe umgewandelt.

3. **Tripperrheumatismus**, von Proegler-Wayne (Indiana). Etwa 25% aller Blennorrhoiker erkranken an Tripperrheumatismus (wohl etwas zu hoch gegriffen; der Referent), Männer häufiger wie Frauen. In den Gelenken finden sich überall Gonokokken. Die Annahme eines spezifischen Ptomains als ätiologisches Moment ist hinfällig. Das Leiden tritt im allgemeinen drei Wochen nach der Ansteckung auf. Etwa die Hälfte aller blennorrhoischen Gelenkentzündungen gehen vom Kniegelenk aus, meist wird nur ein einziges Gelenk befallen. Herzkomplikationen sind seltener wie beim akuten Gelenkrheumatismus zu beobachten. Dauer vier Wochen bis zu mehreren Jahren. In einem von Miles F. Porter berichteten Falle enthielt die Endocardialflüssigkeit Gonokokken, wie die Autopsie ergab. Salicylsäure hat therapeutisch beim Tripperrheumatismus geringen Erfolg, am empfehlenswertesten sind Jodkalium und Salipyrin; am besten giebt man beide Mittel kombiniert. Äufserlich aufs Knie gebe man Bindenwickelungen über Ichthyolsalbe. Gegen den Tripper sind die bekannten Mittel anzuwenden, wofern er noch nebenbei besteht.

4. **Der Geschlechtshunger — ein Faktor bei Frauenkrankheiten**, von Perry-Farmingdon. Neurasthenie, Neuralgie, Hysterie, Anämie und Dyspepsie haben bei vielen Frauen mehr ihre Ursache in einer geschlechtlichen Unbefriedigung als in anderen Verhältnissen. Die Ehemänner sollten seitens der Ärzte niemals aufser Acht gelassen werden, denn oft sind reizbare Schwäche mit vorzeitigen Ejakulationen, mangelhaften Erektionen und langer Dauer des Aktes die Ursache der körperlichen nervösen und psychischen Depression der Ehefrauen. Der Geschlechtsverkehr, in nor-

maler Weise und normalen Grenzen ausgeübt, übt oft auf die erwähnten Frauenleiden einen direkt heilenden Einfluſs aus.

5. **Infektion bei der Toilette,** von Engmann-St. Louis. Verfasser erläutert kurz die Möglichkeiten der Krankheitsübertragung durch die Toilette und die dazu erforderlichen Gegenstände. Besonderer Aufmerksamkeit in hygienischer Hinsicht bedürfen die Barbierstuben. Im Abfall der Haarbürste einer solchen fand Engmann Staphylokokken, Streptokokken, Morokokken, den Flaschenbacillus und andere Arten. Daſs Alopecia areata, Herpes tonsurans durch Toilettegegenstände übertragen werden können, ist ebenfalls allgemein erwiesen.

6. **Seborrhoe des Kopfes und ihre Behandlung,** von Martin-St. Louis. Die Seborrhoe des Kopfes mit konsekutiver Degeneration der Haarfollikel ist die ernsteste Form der Seborrhoe. Schon in der frühesten Kindheit als ein Rest der Vernix caseosa tritt eine seborrhoische Krustenbildung auf, die meist auf den Scheitel lokalisiert bleibt und ein bis zwei Jahre zu dauern pflegt. Die Haut unter den Krusten zeigt normales Aussehen. Die Seborrhoe des Kopfes bei den Erwachsenen unterscheidet sich davon durch die reichlichere Abschuppung, den Haarausfall und die Verödung der Haarfollikel. Der Scheitel bleibt zwar Prädilektionsstelle, aber auch jeder andere Teil des Kopfes kann befallen werden. Accessorisches Jucken führt oft infolge des Kratzens zu sekundären ekzematösen Zuständen. Ätiologisch hat man für das Leiden Ernährungsstörungen, Anämie, Chlorose, Scrophulose, den Flaschenbacillus und einen Pilz herangezogen. Doch leiden auch ganz gesunde Personen an Seborrhoea capitis. Wahrscheinlicher ist es die mangelhafte Pflege und Reinhaltung des Kopfes, die zu den erwähnten Zuständen führt. Das Sebum der Drüsen lagert sich auf der Kopfoberfläche ab und verhornt daselbst, dringt aber auch in die Haarfollikel hinein und ruft dort durch Störungen der Ernährung deletäre Prozesse hervor. Auch trägt das mechanische Moment entschieden zum Ausfall des Haares mit bei. Was die Therapie betrifft, müssen infolgedessen allgemeine und örtliche Behandlung nebeneinander hergehen. Erstere hat sich nach dem Individuum und seinem persönlichen Gesundheitszustand zu richten, während die lokale Medikation im allgemeinen feste Vorschriften zuläſst. Aus den bekannten Medikamenten ist herauszugreifen die von Martin warm empfohlene Teerseife, die den nutritiven Prozessen einen Anstoſs giebt und die erweiterten Haarfollikel zum Austreiben des hornigen Inhalts anregt und zur Norm zurückbringt. Hinter der Einseifung des Kopfes läſst Martin die Haut mit folgenden Salben einreiben: Ung. hydrarg. praecip. albi s. rubri 1, Vaselin 3. Als Einreibung für die gewaschene Kopfhaut wendet Verfasser auch eine Lösung, die Kanthariden-tinktur und Fowlersche Lösung enthält, mit gutem Erfolg an.

7. **Plastische Verhärtung der Corpora cavernosa penis,** von Ahern-Quebec. Der Autor führt aus seiner Praxis drei Fälle von circumscripter Verhärtung der Schwellkörper des Penis an. Es handelt sich um Kranke, die nie Syphilis, zum Teil aber Blennorrhoe durchgemacht hatten. Die Affektion hat die verschiedensten Benennungen erhalten, so z. B. wurde sie von Nelaton mit dem auch jetzt noch in Frankreich üblichen einfachen Namen Noeuds des corps caverneux bezeichnet. Nach den meisten Autoren ist diese Krankheit ein Leiden des vorgeschrittenen Alters und soll bei Personen mit excessivem Geschlechtsverkehr am häufigsten auftreten. Die Veränderungen bestehen in einer lokalisierten Verhärtung der fibrösen Hülle der Corpora cavernosa penis und finden sich am häufigsten auf der Dorsalseite. Nur selten ist die ganze Dicke des Schwellkörpers befallen. Beim erigierten Penis lassen sich die harten Stellen nicht erkennen, doch tritt dann eine Knickung des Gliedes ein. Nimmt die Verhärtung die Dicke beider Schwellkörper ein, so bleibt der weiter vorn gelegene Penisteil bei der Erektion schlaff und führt zu Erschwerung beziehent-

lich Verhinderung des Coitus. Die Knickung des Penis ist gewöhnlich das erste, was den Kranken zum Arzte führt. Das Wachstum der Knoten geht nur langsam und bis zu gewissem Umfang vor sich, Suppuration tritt nie ein. Schmerzen werden meist nur im Beginn verspürt. La Peyronie (1743) beschrieb die Krankheit zuerst und beschuldigt die Lues als Ursache. Kirby, Verneuil und Paget machten die Gicht und den Diabetes verantwortlich, was auch heutzutage noch als gültig anerkannt wird. In zwei bisher berichteten Fällen bildet ein Trauma die Ursache, und zwar die gewaltsame prophylaktische Einspritzung einer starken Kupfersulfatlösung. Tuffier stellte in einem Falle fest, daſs der Knoten ein chondrofibromatöses Gefüge hatte. Ein ähnlicher Knoten stellte sich als Carcinom heraus. Verkalkte Gummen können denselben Befund ergeben. Doch dient zur Differentialdiagnose, daſs die Knoten der plastischen Induration nie, auch nicht bei antisyphilitischer Behandlung kleiner werden. Das Leiden gilt allgemein für unzugänglich gegenüber jeder Therapie.

8. **Einige interessante seltene Hautaffektionen,** von Melvin-St. John. Lupus erythematosus mit Scrophuloderma bei einem 47jährigen tuberkulösen Farmer. Beide Dermatosen sind nach Verfassers Ansicht verschiedenen ätiologischen Ursprungs. Histologische und bakteriologische Untersuchungen stehen aus. — Ein Fall von circumscripter Sklerodermie bei einem 21jährigen Manne, seit drei Jahren ohne Schmerzen bestehend, bietet nichts Besonderes dar. Therapeutisch wird Thyreoidextrakt innerlich und Massage lokal empfohlen. — Eine atypische Psoriasis dürfte geringes Interesse erregen. — Dagegen verdient eine allgemeine Seborrhoe mit diabetischem Pruritus bei einer 35jährigen Frau Erwähnung. Seit einem Jahre leidet die Kranke an Jucken und bildet sich ohne Grund ein, dasselbe habe eine parasitäre Unterlage. Die Untersuchung ergab Seborrhoe des Kopfes und einzelner Stellen am Brustbein, der Interscapularregion, der Kniekehlen, des Gesichts, des Halses und Rumpfes. Ganz gelegentlich wurde Zuckerharnruhr konstatiert. Eine antidiabetische Kur brachte denn auch das Jucken zum Verschwinden, die Seborrhoe bestand fort.

9. **Die Hygiene der Haut in gesunden und kranken Tagen,** von Woodruff-Charleston. Eine Summe von Gemeinplätzen, die darauf hinauslaufen, daſs strikte Reinlichkeit des Körpers — womöglich tägliche Bäder — und Regelung aller Funktionen eine gesunde Haut garantieren.

10. **Perverser Geschlechtstrieb in seiner Beziehung zu häuslichem Unglück,** von Armand-Davenport. Es liegt auf der Hand, daſs ein Mann mit perversem Geschlechtstrieb nicht nur eine Gefahr für den Staat, sowie für die von ihm beeinfluſste jugendliche Umgebung ist, sondern auch die gröſsten Gefahren, falls er verheiratet ist, für seine Ehefrau darbietet. Entweder er zieht dieselbe auf sein moralisches Niveau herab oder er betrügt und verläſst dieselbe um ihm mehr zusagender Dritter willen. Ein sexuell perverser Mann bedarf einer dreifachen Behandlung, einer geistigen, moralischen und physischen Beeinflussung, und zwar müssen alle drei nebeneinander hergehen. Was den ersten Punkt betrifft, so thut ihm guter Umgang und erzieherische Lektüre not, betreffs des zweiten Punktes Meiden aller Excesse in Venere, Baccho und im Rauchen, die körperliche Behandlung muſs aber vor allem gründlich sein. Über die Art dieser so gründlichen Behandlung schweigt sich der Verfasser gänzlich aus. (Die Arbeit verrät wie so viele andere amerikanischen Journalen entnommene, daſs die Anforderungen an Originalabhandlungen bei unseren transatlantischen Kollegen doch zuweilen geringere sind als bei uns. Allgemeine ästhetisch-moralische Plaudereien ohne medizinische Unterlagen gehören doch kaum in ernste wissenschaftliche Zeitschriften. D. Ref.)

11. **Akute und chronische Prostatitis**, von MARTIN-St. Louis. Diese pathologischen Zustände haben gewöhnlich ihre Ursache in blennorrhoischen Urethritiden, bei denen starke Injektionen vorzeitig Anwendung gefunden haben oder eine mifsbräuchliche Handhabung des Katheters erfolgt ist. Bei der einfachen follikulären Form der Entzündung bestehen nur kleine eitrige Infiltrationen im Parenchym der Prostata selbst, die Entleerung des Eiters erfolgt dann durch die Urethra. Bei schweren Formen der Prostatitis vermag der Abscefs nach Rectum oder Perineum durchzubrechen. Oft verursacht auch ein zur Behebung der Harnverhaltung eingeführter Katheter den Bruch eines Abscefsherdes in die Harnröhre. Bei festgestellter suppurierender Prostataentzündung ist eine zeitige Incision vom Damm aus am empfehlenswertesten, um Beteiligung der Harnröhre oder des Mastdarms zu verhindern. Besteht einfache entzündliche Vergröfserung — akut oder chronisch —, so vermag der Katheter, an der vorderen Harnröhrenwand gleitend, meist die Passage zu finden. Therapeutische Faktoren sind stets: Bettruhe, leichte Abführmittel, event. die antiblennorrhoischen Balsamica, besonders Sandelholzöl.

12. **Präcolumbische Lepra**, von ASHMEAD-New York. Fortsetzung der Abhandlung, welche die lepröse Natur der Symptome bestreitet, die auf den von VIRCHOW der Leprakonferenz demonstrierten altperuanischen Thongefäfsen abgebildete Figuren zeigen. (S. Referat in Heft 1, pag. 48.)

13. **Einflufs des Klimas auf Hautkrankheiten**, von OHMANN-DUMESNIL-St. Louis. Die Behandlung von Dermatosen hat bei gleicher Beschaffenheit in verschiedenen Gegenden verschiedene Erfolge. Tellurische und atmosphärische Einflüsse, d. h. das Klima sind von hervorragendem Einflufs auf Besserung und Heilung. Man sollte infolgedessen Patienten, deren Haut ein feuchtes Klima verlangt, bei trockenem Wetter in ihrem Wohnort nach feuchter Gegend senden und umgekehrt, oder, wo dies nicht angängig ist, die äufseren Bedingungen dem Zustande des Kranken möglichst anzupassen suchen. (Was der Autor sagen will, fühlt man wohl, vermifst aber exaktere Angaben. D. Ref.)

14. **Cystotomia suprapubica bei Blasenblutung**, von ELIOT-Washington. Ein 45jähriger Mann unterzog sich der Urethrotomia interna. Die darauf folgenden Miktionen brachten blutigen Harn zu Tage. Am dritten Tage nach der Operation mittels des OTISschen Messers traten heftige Schmerzen auf. Der Urin geht tropfenweise, blutig gefärbt ab. Die Blase reicht fast bis zum Nabel. Incision drei Zoll lang direkt über der Symphyse. Entfernung des Blutgerinnsel. Ausspülung der Blase mit Borsäurelösung. Glatte Heilung.

15. **Urotropin bei der Behandlung des Blasenkatarrhs**, von KELLY-Desford. Unter den Mitteln, die den Urin der Cystitis antiseptisch machen sollen, nimmt das von NICOLAIER angegebene Urotropin die hervorragendste Stelle ein und ist allen anderen Urinantisepticis vorzuziehen. Es reizt nicht und ist ungiftig. 15 Minuten nach dem Einnehmen erscheint es schon im Urin, den es erst 12 Stunden nachher verläfst (bei einer Gabe von $7^1/_2$ g). Die angeblichen brennenden Empfindungen in der Blase konnte Verfasser nicht konstatieren. Vor dem Gebrauche des Urotropins sollte der Harn erst stets zur neutralen Reaktion gebracht werden.

16. **Katheter und Cystitis**, von MAYFIELD-New York. Um den Übelständen zu entgehen, welche durch Verstopfung der relativ kleinen Öffnungen der bisher gebräuchlichen Katheter durch cystitische Gerinnsel und Flocken hervorgerufen werden, giebt Verfasser einen von ihm konstruierten, nach Ansicht des Referenten recht praktischen Katheter an. Als Vorbild hat dem Erfinder sicher das Endoskop beziehentlich das Urethroskop mit seinem Obturator gedient. Der in seiner Krümmung vom gewöhnlichen nicht abweichende Katheter ist vorn nach Art der Harnröhrenspiegel glatt

abgeschnitten und trägt einen Kopf, der auf einem langen Mandrin festsitzend und genau auf die Rohröffnung passend, diese so verschliefsen kann, dafs nun das Instrument glatt in die Blase sich einführen läfst. Die Gröfse der Ausflufsöffnung, die der jeweiligen Katheternummer entspricht, bürgt dafür, dafs auch die umfangreichsten Gerinnsel ungestört herausbefördert werden können. — Die Cystitis behandelt der Autor folgendermafsen: 0,015 Kokain werden in wässeriger Lösung in die Urethra membranacea injiziert, ehe man den möglichst grofsen Katheter in die Blase einführt. Mit seiner Nummer steigt man jede Woche um eine Ziffer, bis die Harnröhre die normale Weite zeigt. Man beginnt mit Ausspülungen von schwachen Hydrogen- oder Hydrozonlösungen. Hierauf füllt man die Blase mit folgender Lösung: Tinct. Jodi 7,5, Kal. chlor. 2,0, Natr. chlorat. 7,5, Aq. fervid 250,0. Nach einer Minute läfst man diese Lösung wieder abfliefsen. Die Manipulation mufs zweimal täglich wiederholt werden. Bei Ulcerationen der Blase sind Höllensteinlösungen indiziert, und zwar 0,6—1,2 : 30, einmal in der Woche mit nachfolgender Neutralisierung durch Kochsalzlösung.

17. **Unterbindung der Vena dorsalis penis zur Heilung der funktionellen Impotenz,** von J. A. Murray-Clarfield. An der Hand von 26 Fällen, 17 eigenen Beobachtungen und 9 von Kollegen, empfiehlt Verfasser aufs allerwärmste die Unterbindung der dorsalen Penisvene zur Hebung der funktionellen Impotenz; die Erfolge sind nach Angabe des Autors „über alle Erwartungen erfreulich“. Von seinen 17 Fällen weisen 12 Heilung auf, die übrigen 5 sind noch zu frisch operiert, um ein endgültiges Urteil zuzulassen. Murray empfiehlt die Operation für alle Fälle, bei denen eine erweiterte Dorsalvene des Penis bei sonst kräftigen Männern vorliegt, deren geschlechtlicher Verkehr infolge unvollkommener Erektionen gestört ist, die wiederum ihre Ursache in der allzuschnellen Entleerung der venösen Räume des erektilen Gewebes haben. *Hopf-Dresden.*

Bücherbesprechungen.

Bibliographie der klinischen Entomologie (Hexapoden, Acarinen), von J. Ch. Huber. Heft 1. (Jena 1899.) Der rühmlichst bekannte Medizinhistoriker, welcher bereits eine treffliche Arbeit über die „Bibliographie der klinischen Helminthologie“ geliefert hat, giebt in diesem ersten Hefte eine äufserst brauchbare Bibliographie von Sarcopsylla penetrans, Pulex irritans, Acanthia lutularia und der Pedikuliden. Besonders wertvoll sind die kritischen und auf den Inhalt der einzelnen Arbeiten sich beziehenden Anmerkungen des Verfassers. Mit besonderer Vorliebe sind die Historica behandelt. *I. Bloch-Berlin.*

Die Erkrankungen des Gehörorgans bei Masern und bei Influenza, von Blau. (*Klin. Vortr. a. d. Geb. d. Otol. u. Phar.-Rhinol.* 2. Bd., 14. Heft. Jena, Gustav Fischer.) Die Einzelheiten der interessanten Arbeit, besonders die pathologisch-anatomischen Details gehören in das Gebiet der Ohrenheilkunde; hier kann über die Ausführungen des Verfassers nur im allgemeinen referiert werden. — Erkrankungen des Gehörorgans bei Masern sind keineswegs selten; von allen Ohrenkrankheiten dürften wohl ca. 3,2 % durch Masern verursacht sein gegen 5,2 %, die infolge von Scharlach entstehen. Noch viel häufiger als die klinisch zu Tage tretenden Ohren-

krankheiten sind nach der Untersuchung von TOBEITZ und BEZOLD-RUDOLPH die anatomischen Veränderungen des Gehörorgans bei Masern; nach den Mitteilungen dieser Autoren erscheint es sogar wahrscheinlich, daſs die Schleimhaut der Tuba Eustachii und der Paukenhöhle im Beginne der Masernerkrankung ebenso regelmäſsig affiziert ist wie der Respirationstraktus und die Conjunctivae; diese primäre exanthematische Masernotitis bildet sich jedoch in den meisten Fällen zurück, ohne klinische Erscheinungen zu machen. — Erkrankungen des äuſseren Ohres infolge von Masern sind selten; es kommen vor akute Otitis externa diffusa, chronische Gehörgangsentzündung, teilweise mit Granulations- und Polypenbildung; ferner bei stark entwickeltem, insbesondere bei makulo-papulösem Exanthem Ausbreitung desselben auf die äuſseren Gehörgänge, wodurch lebhaftes Spannungsgefühl entsteht, dann akute desquamative Entzündung des Trommelfelles, Otitis externa diphtheritica, und bei sehr heruntergekommenen Individuen Gangrän der Ohrmuschel. — Otitis media catarrhalis acuta ist bei Masern ziemlich häufig; sie tritt einseitig wie doppelseitig auf und zwar gewöhnlich im Beginne des Desquamationsstadiums und ist mit heftigen Schmerzen verbunden. Die Affektion geht gewöhnlich in 2—4 Wochen in Heilung über mit vollständiger Wiederherstellung des Hörvermögens; jedoch bleibt nicht selten Neigung zu Recidiven zurück, die zur Entwickelung einer Otitis media catarrhalis chronica führen können. Kommt es zur Eiterbildung im Mittelohr, so verläuft der Prozeſs als Otitis media suppurativa. — Die häufigste und wichtigste Erkrankung des Gehörorgans bei Masern ist die Otitis media suppurativa acuta; dieselbe stellt sich gewöhnlich während des Desquamationsstadiums, ausnahmsweise aber auch vor dem Ausbruch des Exanthems oder im Stadium florescentiae ein und ist in zwei Dritteln der Fälle einseitig. Dem Erscheinen der Otorrhoe gehen heftige Ohrenschmerzen, Fieber und Schwerhörigkeit voraus; von diesen Symptomen bleibt nach eingetretener Perforation, bezw. nach der Paracentese nur die Schwerhörigkeit bestehen. Der Ausgang ist gewöhnlich günstig, die Öffnung des Trommelfelles schlieſst sich meist in der 2. oder 3. Woche, nach 3—6 Wochen ist das Hörvermögen wieder intakt. Die Öffnung kann sich aber auch unaufhaltbar vergröſsern, so daſs ein beträchtlicher Teil der Membran verloren geht, und eine Perforation und Schwerhörigkeit zurückbleiben. Von Komplikationen sind zu erwähnen: periostitische Abscesse auf dem Warzenfortsatz, Eruptionen von Pusteln und Furunkeln im Gehörgange, Neuralgien in der Tiefe des Ohres und in der Gegend des Warzenfortsatzes. Auch Caries des Warzenfortsatzes kommt vor; dieselbe kann durch intracranielle Folgeerkrankungen sogar zum Tode führen. — Häufig geht die akute eitrige Mittelohrentzündung in chronische eitrige Otitis media über, deren Folge nicht selten dauernde Schwerhörigkeit oder Taubheit oder infolge von Gehirnkomplikationen der Tod ist. — Labyrinthaffektionen sind bei Masern selten. Sie führen zu nervöser Schwerhörigkeit oder auch zu vollständiger Taubheit; manchmal treten sie als einzige Komplikation bei sonst leichtem Verlauf der Masern auf. — Starke Verminderung oder Verlust der Hörfähigkeit führt bei Kindern bis zu ca. 7 Jahren bekanntlich zu Taubstummheit, bei älteren Kinder zu einer Verschlechterung der Sprache. Das ist selbstverständlich auch eine traurige Folge mancher Ohrenkrankheiten bei Masern. Die Taubstummheit infolge von Masern macht nach den Berechnungen der verschiedenen Autoren 1,3—8,3 % aller Fälle von erworbener Taubstummheit aus: ein Beweis, wie wichtig es ist, bei allen Masernkranken, insbesondere bei Kindern, die noch nicht sprechen können, das Gehörorgan sorgfältig zu beobachten und zu untersuchen, etwaige Erkrankungen rechtzeitig zu behandeln. Insbesondere kann durch frühzeitige sachgemäſse Behandlung der akuten eitrigen Mittelohrentzündung viel Unheil vermieden werden. — Die Behandlung der Ohrenkrankheiten bei Masern

unterscheidet sich in nichts von der üblichen Behandlungsmethode der Ohrenkrankheiten überhaupt. *Götz-München.*

Die Vererbung der Syphilis, von E. FINGER. (*Wiener Klinik*. 1898. 4. u. 5. Heft.) Die Lektüre dieser geistvollen Studie mufs jedem Dermatologen um so eher empfohlen werden, als es unmöglich ist, in dem Rahmen eines Referates den scharfsinnigen, überall den Kern des behandelten Problems erfassenden Gedankengang des Autors im einzelnen ausführlich wiederzugeben. Nur der wesentliche Inhalt kann hier kurz angedeutet werden. — Verfasser bemerkt in der Einleitung, dafs er durch die vorliegende Arbeit den Beweis zu erbringen hofft, dafs in jeder einzelnen uns hier interessierenden Frage so reichlich Material aufgehäuft ist, dafs wir heute von starren Dogmen in der Frage der Syphilisvererbung ganz absehen und uns begnügen müssen, auf Grund grofser gleichartiger Beobachtungsreihen gewisse, für eine Mehrzahl von Fällen giltige Regeln abzuleiten, die aber alle nicht unwesentlichen Ausnahmen unterworfen sind. Zunächst ist die bedeutungsvolle Frage zu beantworten, ob die Vererbung der Syphilis von den Eltern auf die Kinder eine obligatorische oder nur eine fakultative sei. Gegenüber KASSOWITZ, der eine obligatorische Vererbung annimmt, behauptet der Verfasser, dafs das in keiner Phase der Krankheit der Fall sei. Die Vererbung der Syphilis ist stets nur eine fakultative. Es giebt keine syphilitische Dyskrasie, keinen „syphilitischen Organismus", sondern das syphilitische Virus ist wie jedes andere dem Organismus nur mechanisch beigemengt. Daher ist die Vererbung der Syphilis im Grunde auch nur eine Infektion und hängt davon ab, ob dem Ei oder den Samenzellen mechanisch Virus anhaftet oder nicht. Für diese Anschauung bringt Verfasser zahlreiche Belege bei.

Das wesentliche Resultat der weiteren Untersuchungen wird dann in den folgenden Schlufsfolgerungen zusammengefafst. I. Es giebt eine zweifellos rein paterne Syphilisvererbung. Beweise: A. Ausschliefsliche Behandlung des Vaters in Ehen mit syphilitischer Nachkommenschaft reicht meist hin, gesunde Kinder zu erzielen. B. Die Mutter ex patre syphilitischer Kinder ist meist gesund. 1. Sie wird klinisch gesund befunden. 2. Sie zeugt später mit einem gesunden Manne gesunde Kinder. 3. Sie wird nach der Geburt des syphilitischen Kindes von diesem oder in anderer Weise syphilitisch infiziert. II. Es giebt eine zweifellos rein materne Syphilisvererbung. Beweise: 1. Syphilitische Frauen, die von mehreren Männern syphilitische Kinder gebären. 2. Die reine postconceptionelle Syphilis. III. Die reine materne Syphilis kann sich auf den Fötus sowohl ovulär als postconceptionell, per placentam, übertragen. Letzterer Modus ist durch exakte klinische Beobachtungen (50 Fälle) erhärtet, ersterer nur durch Analogie mit spermatischer Vererbung zuzugeben. IV. Die Syphilis der Mutter, selbst im letzten Graviditätsmonate acquiriert, vermag auf den von gesunden Eltern gezeugten Fötus in utero noch überzugehen. V. Der Aufenthalt eines ex patre syphilitischen Fötus im Uterus ist meist nicht ohne Rückwirkung und äufsert sich in verschiedener Weise. Die Mutter wird entweder syphilitisch (Conceptionelle Syphilis. Choc en retour) oder nicht syphilitisch, aber gegen Syphilis immun, oder bleibt endlich völlig gesund und unbeeinflufst. VI. Es giebt eine frühzeitige conceptionelle Syphilis mit Auftreten unvermittelter, vom Primäraffekt nicht eingeleiteter sekundärer Erscheinungen während der Gravidität, und eine tardive conceptionelle Syphilis mit Auftreten unvermittelter, weder von Primär- noch Sekundärsymptomen eingeleiteter tertiärer Syphilis. Beide Formen können in klinisch exakt wissenschaftlicher Weise nicht demonstriert werden und nur per analogiam mit der postconceptionellen fötalen Syphilis zugegeben

werden. VII. Die weitaus gröſste Zahl der gesund bleibenden Mütter ex patre syphilitischer Kinder erwirbt während und durch diese Gravidität eine Immunität gegen Syphilisinfektion (Colles' Gesetz). VIII. In einer kleinen Zahl einwandsfreier Fälle (25 Beobachtungen) bleibt die Mutter durch die Syphilis des Fötus im Uterus so wenig beeinfluſst, daſs sie nach der Geburt des syphilitischen Kindes von diesem oder in anderer Weise syphilitisch infiziert zu werden vermag. Immerhin ist die Zahl der Ausnahmen des Collesschen Gesetzes so groſs, daſs es fraglich erscheint, ob das Stillen der ex patre syphilitischen Kinder durch ihre gesunden Mütter auch weiterhin als völlig gefahrlos zu empfehlen sei. IX. In analoger Weise zeigen auch die Kinder syphilitischer Eltern, die der Syphilis entgehen, Immunität gegen Syphilisinfektion (Profetas Gesetz). Aber auch von dem Profetaschen Gesetz ist eine Zahl zweifelloser Ausnahmen (bisher 21 Fälle) bekannt geworden. X. Es ist heute wohl als zweifellos anzusehen, daſs diese Immunität von der Syphilisinfektion unabhängig und durch die Zufuhr von Toxinen von dem syphilitischen zu dem nicht syphilitischen Organismus zu erklären ist. XI. Von den verschiedenen Wegen der Vererbung sind somit die paterne spermatische und die materne postconceptionelle placentare Übertragung zweifellos erwiesen, die materne ovuläre wahrscheinlich, aber bisher unerwiesen. Die Placenta ist a) durchlässig für das Virus in einer Gruppe von Fällen; diese Durchlässigkeit ist in der Richtung von Mutter zu Kind zweifellos erwiesen, vom Kinde zur Mutter wohl wahrscheinlich, aber bisher nicht exakt erwiesen; b) undurchlässig für Virus, durchlässig für die immunisierenden Toxine in einer zweiten Gruppe von Fällen, und sowohl in der Richtung von Mutter zu Kind, als auch umgekehrt; c) absolut undurchlässig in einer dritten kleinen Gruppe von Fällen. Weder Virus noch immunisierende Toxine passieren, der gesunde Organismus bleibt vom kranken völlig unbeeinfluſst. XII. Unter welchen Umständen und Bedingungen die Placenta sich bald durchlässig, bald undurchlässig erweist, entzieht sich bisher unserer Einsicht. Wohl gilt für eine Reihe von Fällen der Satz, daſs die gesunde Placenta für das Virus undurchlässig, die kranke durchlässig sei; aber von diesem Satze kommen die barocksten Ausnahmen vor und gesunde Mütter bei paterner fötaler Syphilis, trotz intensiver Erkrankung der Placenta materna, gesunder Fötus bei postconceptioneller Syphilis der Mutter, trotz intensiver syphilitischer Erkrankung der Placenta foetalis und selbst der Gefäſse des Nabelstranges wurden beobachtet. Welche Umstände vollends den Übergang der gelösten immunisierenden Toxine bedingen oder verhindern, entzieht sich völlig unserer Erkenntnis.

Der Wert der Fingerschen Arbeit wird noch erhöht durch das beigefügte sehr ausführliche, das 19. Jahrhundert umfassende Litteraturverzeichnis.

I. Bloch-Berlin.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die Beziehungen zwischen Nase und Hautkrankheiten, von Walter A. Wells-Washington. (*New York med. Journ.* 15. Okt. 1898.) **Daraus,** daſs die Haut neben ihren übrigen Funktionen auch, wenn auch in geringem Grade, die der Atmung hat, zieht W. den Schluſs, daſs zwischen Atemorganen, speziell der Nase,

und der Haut eine Art physiologischer Verwandtschaft bestehe. Wie fremdartig diese Ansicht auch klingen mag und wiewohl sie wenig oder gar keine Aufmerksamkeit in der Litteratur gefunden hat, so sprechen doch eine Reihe von Experimenten und Thatsachen aus der Pathologie dafür. Auffallend ist, bei wieviel Krankheiten äufsere Haut und Schleimhaut der Luftwege gleichzeitig affiziert sind, z. B. bei allen akuten Exanthemen (bei Masern gleichzeitig Coryza, Laryngitis, Bronchitis, bei Scharlach Pharyngitis), bei Typhus und Typhoid (Bronchitis) u. s. w., so dafs manche Autoren diese Schleimhauteruptionen sogar für ein diagnostisch wertvolles Zeichen halten. Bei einer Reihe von Konstitutionskrankheiten, wie Peliosis rheumatica, Skorbut, Lepra, Morbus Addisonii, besteht ein ähnlicher Zusammenhang. Andererseits sind gewisse Hautkrankheiten, wie Herpes, Pemphigus, Erysipel, Lichen ruber planus, sehr häufig von identischen Affektionen der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut begleitet. Die Zunahme der eosinophilen Zellen im Blut, wie sie beim Asthma und anderen von der Nase ausgehenden Reflexneurosen beobachtet wird, findet auch bei manchen Hautkrankheiten, wie Urticaria, Pellagra, Ekzem, statt; aufserdem giebt es eine Anzahl von Hautkrankheiten, welche selbst den Charakter von Nasenreflexneurosen tragen, d. h. durch Erkrankungen der Nase oder Operationen an derselben bedingt sind. Urticaria, der Typus einer Angioneurose, dürfte in vielen Fällen, wo sie als idiopathisch angesehen wird, mit einer Nasenverletzung oder -Operation zusammenhängen. Mit der weiteren Anführung von Herpes, Pemphigus, Erythema exsudat. multiforme als Affektionen angioneurotischen Ursprungs will W. nur noch den Weg andeuten, auf welchem die oft so dunkle Ätiologie der Hauterkrankungen gelichtet werden könnte. Die Nase ist nun eine häufige Quelle von Reflexerscheinungen und bei der Wahrscheinlichkeit, welche für manche Hautaffektionen als Nasenreflexneurosen besteht, empfiehlt er in Fällen, welche anderen therapeutischen Eingriffen trotzen, eine sorgsame Untersuchung der Nasenhöhlen anzustellen. Damit sei zwar noch nicht über alle Zweifel der Zusammenhang der Hauterkrankung mit Veränderungen der Nasenschleimhaut erhaben, aber immerhin biete sich die doppelte Möglichkeit, mit der Heilung der Nasenaffektion den Patienten von seinem Hautleiden zu befreien und „zur allgemeinen Erkenntnis der Pathologie beizutragen". *Stern-München.*

Resorption des Quecksilbers durch die Leukocyten, von Stassano. (*Semaine méd.* 1898, No. 56.) Durch Isolierung der weifsen Blutkörperchen von den anderen Blutbestandteilen mittelst Centrifugation hat S. gefunden, dafs die Leukocyten die ausschliefslichen Träger und Resorptionsfaktoren der Quecksilbersalze sind. Damit stimmt denn auch die neue Theorie von der schützenden Rolle der Leukocyten als Phagocyten und therapeutische Faktoren überein. *C. Müller-Genf.*

Hautveränderungen bei Rheumatismus, von David Walsh. (*Brit. med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Anläfslich einer Publikation von Singer über Hautveränderungen bei rheumatischem Fieber und einer Bemerkung, dafs in vielen Fällen von idiopathischen Rheumatismusformen im Blute zirkulierende Mikroorganismen die Lokalisation der Hautausschläge bedingten, weist Verfasser darauf hin, dafs er bereits im Jahre 1890 viele dieser symptomatischen Ausschläge auf die Elimination irritierender Körper, Arzneien, Mikroorganismen oder ihrer Toxine und gewisser Gewebsprodukte durch die Haut zurückgeführt habe. Den ganzen Prozefs bezeichnete Verfasser damals als „exkretorische Irritation". Im Jahre 1897 schrieb er über denselben Gegenstand: „Das Rheumatismusgift scheint teilweise durch die Haut ausgeschieden zu werden, was wir aus der Vergesellschaftung des Rheumatismus mit erythematösen und Urticaria-Ausschlägen, ferner den Purpuraeruptionen der Peliosis rheumatica schliefsen können. Aufser mit diesen bestimmten Ausschlägen tritt der Rheumatismus

zweifellos noch mit einer Anzahl anderer Hauterscheinungen verbunden auf." Die Theorie der exkretorischen Irritation, welcher die Haut als ein exkretorisches Organ durch die Exkrete ausgesetzt ist, vermag für viele dunkle Hautaffektionen eine vernünftige Erklärung abzugeben. *C. Berliner-Aachen.*

Über das elastische Gewebe in Narben nach induriertem Schanker. Ein Beitrag zur Frage von der Regeneration der elastischen Fasern, von Hjelmman. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* 1898. Bd. 40. Heft 4.) Die Untersuchungen des Verfassers mit Benutzung der Taenzerschen Orceinfärbemethode umfassen 6 Fälle von excidierten Schankernarben, im Alter von bezw. 1¹/₁₂, 1²/₁₂, 1⁸/₁₂, 4, 6 und 13 Jahren. In der entwickelten Initialsklerose selbst hat Verfasser in Übereinstimmung mit den Befunden anderer Untersucher eine ziemlich verbreitete Degeneration der elastischen Fasern (Abnahme an Dicke und an elektivem Färbungsvermögen und teilweisen Hinfall) gefunden. In allen den excidierten Narben fanden sich elastische Fasern in groſser Anzahl; in den jüngeren Narben (1¹/₁₂ bis 4 Jahre) waren sie im allgemeinen sehr dünn, schwach tingiert und sparsamer als unter normalen Verhältnissen; in den älteren Narben (6 bis 13 Jahre) von normaler Dicke, stark tingiert und sehr zahlreich, sogar (in der sechsjährigen Narbe) anscheinend in gröſserer Menge als im angrenzenden normalen Gewebe. Es scheint somit eine wirkliche Neubildung von elastischer Substanz statt zu haben, wenn auch erst nach Verlauf einer längeren Jahresreihe. Die ziemlich gleichmäſsige Verteilung der Fasern scheint dafür zu sprechen, daſs sie nicht von dem umgebenden normalen Fasernetze her in die Narbe hineingewachsen, sondern von der Narbe selbst produziert sind.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über das Verhalten der eosinophilen Zellen in Hautblasen, von Bettmann. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898, No. 39.) Der Verfasser fand in einem Falle von Herpes zoster intercostalis in den eben entstandenen, noch wasserhellen Bläschen zahlreiche eosinophile Zellen, während später in den schon getrübten Bläschen keine einzige eosinophile Zelle mehr zu entdecken war. Ferner fand der Verfasser im Gegensatz zu Neusser und anderen Autoren in 50 Fällen, in denen durch Vesikantien Blasen erzeugt waren, ausnahmslos, wenn auch in geringerer Zahl als in den Pemphigusblasen, eosinophile Zellen in den Blasen. Die Zahl dieser Zellen war relativ und absolut um so gröſser, je zellärmer, id est je jünger die Blasen waren. Daraus schlieſst der Verfasser, daſs bei längerem Bestande einer Kantharidenblase die vorher in ihr vorhandenen eosinophilen Zellen verschwinden, und zwar müssen sie, da an eine Auswanderung nicht gedacht werden kann, zu Grunde gehen. Nach Ansicht des Verfassers ist es denkbar, daſs die in den eosinophilen Zellen der Kantharidenblasen recht häufigen, distinkt basisch gefärbten Granula ein Zeichen der Degeneration dieser Zellen sind. — Bezüglich der Frage, woher die eosinophilen Zellen kommen, scheint dem Verfasser für die Kantharidenblasen ebenso wie für die Pemphigusblasen das Vorhandensein eines chemotaktischen Reizes das wahrscheinlichste zu sein; der Unterschied läge dann nur in der Intensität und der Dauer der Wirksamkeit des Reizes, die bei der Pemphigusblase viel gröſser wären. Auſserdem hält es der Verfasser für möglich, daſs ebenso wie in dem erwähnten Fall von Herpes zoster auch bei anderen blasenbildenden Affektionen in den Frühstadien eosinophile Zellen sich finden. — Des weiteren konnte der Verfasser feststellen, daſs bei bestehender Vermehrung der Eosinophilen im Blute diese in den Kantharidenblasen in viel gröſserer Zahl auftreten und sich länger halten als sonst. Der chemotaktische Reiz des Zugpflasters hat also in solchen Fällen eine viel stärkere Wirkung. Ohne chemotaktischen Reiz dagegen fehlen die eosinophilen Zellen in eventuell auftretenden Blasen, wenn ihre

Zahl im Blute auch wesentlich vermehrt ist; dies ist z. B. bei der Blasenbildung der Lepra der Fall. *Götz-München.*

Beiträge zur Radiotherapie, von EDUARD SCHIFF und LEOPOLD FREUND. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 22—24.) Die Autoren, von denen SCHIFF die Priorität für die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen beansprucht, betonen zunächst die genaue Dosierbarkeit der X-Strahlen, welche jede gewünschte Reaktion zu erzeugen ermöglicht. Man reguliert die Dosis durch Verstärkung oder Abschwächung der X-Strahlen, durch mehr oder weniger intensive Applikation (Regelung der Entfernung der Strahlenquelle und der Expositionsdauer). Wo es auf Erregung einer Entzündung ankommt, nimmt man eine starke Dosis; länger als 10 Minuten soll die Sitzung auch hier nicht dauern. Die nicht zu bestrahlenden Stellen schützt man durch Bleiplatten. Nach genaueren Angaben über das Instrumentarium berichten die Verfasser über die gewonnenen Resultate bei zwei Lupus- und sieben Epilationsfällen. Beim Lupus röteten sich die Knötchen, wurden turgescent, früher unsichtbare Knötchen traten hervor; später fielen die Knötchen aus, es entstanden wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Substanzverluste, die mit Bildung kleiner, intensiv roter, etwas deprimierter Narben heilten; die dazwischen liegende Haut blieb glatt und weiſs. — Die behufs Epilation behandelten Individuen wurden in 17 bis 30 kurzen Sitzungen exponiert; der Erfolg war gut; unangenehme Nebenerscheinungen traten bis auf ein gelegentliches minimales Erythem nicht ein. Mehrmals wurde eine bräunliche Verfärbung 1 bis 2 Tage vor Beginn des Effluviums bemerkt, umgekehrt wurden sie bei einigen brünetten Personen kurz vor dem Ausfallen schneeweiſs. Die vorher oft unebene, rauhe Haut war nach der Epilierung stets tadellos glatt. Deutlich war die kumulative Wirkung zu honstatieren. — Die Radiotherapie bietet bei Lupus groſse Vorteile. Der Erfolg ist bemerkenswert, kann auch ein dauernder sein; das Verfahren ist ein mildes. Bei Hypertrichosis ist die nur 2 bis 3 Monate anhaltende Wirkung als Einwand gegen diese Behandlungsweise betont. Die Verfasser suchen diese Einwände abzuschwächen, indem sie einerseits die Resultate der Galvanolyse bemängeln, andererseits die Möglichkeit hervorheben, die Recidive durch weitere Sitzungen in monatlichen Zwischenräumen hintanzuhalten. — Was die Wirkungsweise anlangt, so scheint der Effekt nicht eine Folge elektrischer Entladungen, sondern der Strahlung zu sein. — Als Indikationen für die Radiotherapie sind neben Lupus, Hypertrichosis zu nennen: Sycosis, Furunculosis, Favus, Herpes tonsurans barbae etc. Auch die Akne dürfte günstig beeinfluſst werden; die tadellose Glätte der Haut nach der Bestrahlung fordert zum Versuche auf. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Elektrolyse bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von G. TH. JACKSON-New York. (*Med. Record.* 4. Juni 1898.) Einleitend hebt J. das Verdienst hervor, welches sich der amerikanische Arzt Dr. HARDAWAY um die Einführung der Elektrolyse bei der Behandlung der Hautkrankheiten erworben habe, die, obwohl schon seit 20 Jahren bekannt, noch zu wenig als Heilfaktor bei den Ärzten gewürdigt werde. Weiterhin wird die eigentliche Wirkungsart der Elektrolyse geschildert, wonach es sich dabei durch die Zersetzungsvorgänge an den Polen um chemische Ätzung handelt. J. benutzt immer eine galvanische Batterie mit den gewöhnlichen LECLANCHÉ-Zellen, einen Ampèrometer hält er für nahezu unentbehrlich. Die Stärke des anzuwendenden Stromes richtet sich vor allem nach der Beschaffenheit der Haut, eine feuchte, dünne Haut leitet denselben weit besser als eine trockene, dicke Haut; atmosphärische Einflüsse wirken ebenfalls auf den Strom. Das ganze Instrumentarium von J. besteht aus Elektrode, Nadelhalter, Stahlnadeln, Epilationszange und einem feinen Messerchen mit Griff; zur Anwendung der positiven Elektrolyse ist eine Gold-

oder Platinnadel nötig. Die Elektrolyse hat vor den anderen, zerstörenden Mitteln, wie Säuren und kaustischen Alkalien, den Vorteil, dafs ihre Wirkung unter der Kontrolle des Operateurs steht, die Anwendung wenig schmerzhaft ist und keine häfslichen Narben zurückbleiben. Speziell eignet sie sich zur Behandlung der Hypertrichosis, von Naevi jeder Art, Warzen, Xanthomen, von Lupus, Milium und Molluscum. Immerhin erfordert die Entfernung der Haare viel Geduld von Seite des Patienten und Arztes; bei jungen Frauen, wo die Haare sehr häufig wieder nachwachsen, sollte man von der langwierigen elektrolytischen Behandlung absehen, am geeignetsten sind Frauen jenseits des Mittelalters. Die Operationsmethode besteht darin, dafs der Patient die positive Elektrode in die Hand nimmt, der Nadelhalter mit dem negativen Pol in Verbindung gesetzt wird — 1—$1^1/_2$—2 Milliampère kommen zur Verwendung — und die Nadel ca. 3 mm tief in den Haarfollikel eingestochen wird; nach ca. $^1/_2$ Minute oder kürzerer Zeit fällt das Haar heraus. Bei der Mehrzahl der Patienten tritt eine reaktive Entzündung ein, jedoch in ganz geringem Grade, wenn man nicht zu viel Haare auf einmal entfernt und wenigstens 4 Tage zwischen den einzelnen Sitzungen verstreichen läfst; zur Linderung dieser Reaktion läfst J. die Patienten zu Hause heifses Wasser oder Zinklösung oder Coldcream auflegen. Auch bezüglich der Naevi ist die Elektrolyse von sicherer Wirkung, J. hat u. a. eine ganze Anzahl kavernöser Naevi im Durchmesser von 2 cm mit 2—5 Milliampère völlig entfernt, bei Erwachsenen ohne, bei gröfseren Kindern mit Narkose. Bei der Entfernung von Fibromen, Warzen und fibrösen Naevi leistet das von J. angegebene Messer (Abbildung) vorzügliche Dienste. Obwohl J. keine Gelegenheit hatte, ein Xanthom zu entfernen, so glaubt er doch, dafs dies mittelst Elektrolyse gelingt. Bei Lupus vulgaris erwies sich ihm und zwar bei kleinen Herden eine Metallknopfelektrode (Abbildung) von grofsem Vorteil, es müssen hier 4—6 Milliampère, bei jedem Knötchen von 1 Minute Dauer, zur Anwendung kommen; ohne Hinterlassung von Narben geht es aber hier nicht ab. Die näheren Unterweisungen, welche J. für die meisten zur elektrolytischen Behandlung geeigneten und kurz hier erwähnten Affektionen giebt, sind im Original nachzusehen. *Stern-München.*

Die Massage bei Hautkrankheiten, von Mary. (*Arch. méd. belg.* Juli 1898.) Verfasser erwähnt die vorzüglichen Resultate, welche Hatschek mit der Massage bei der Prurigo, Pospelow bei der Akne, Bekariewitch und Erdinger beim Ulcus cruris erzielt haben. Bei dieser letzteren Affektion hat die Massage sogar ohne jede andere Behandlung aufser antiseptischen Kompressen sehr rasch zum Ziele geführt. Bei torpiden Ulcera cruris massiert Erdinger auch das Geschwür selbst, wobei dieses mit einem Stück Tuch, das mit Borvaselin bestrichen worden, bedeckt wird; sodann werden über dem Verbande leichte Massagebewegungen gemacht.

C. Müller-Genf.

Über die Anheilung getrockneter und feucht aufbewahrter Hautläppchen, von Enderlen. (*Dtsche. Zeitschr. f. Chir.* 1898.) Auf der Naturforscherversammlung zu Braunschweig teilte Wentscher mit, dafs es ihm gelungen sei, trocken und feucht längere Zeit aufbewahrte Thierschsche Läppchen zur Anheilung zu bringen. Verfasser hat diese Angaben nachgeprüft. Auf Grund klinischer und histologischer Untersuchungen kommt er zu ganz anderem Resultat. Er stellte fest: Nur zweimal gelang die Anheilung konservierter, feuchter Läppchen, nach 1 resp. 4 Tagen. Trockene Hautstückchen heilen überhaupt nicht an. Bei positivem Ergebnis gehen die Wucherungsvorgänge in der basalen Epithelschicht sehr viel langsamer vor sich als bei der Transplantation nach Thiersch. Das Epithel kann noch vier Tage lang seine Wucherungsfähigkeit bewahren, nicht die Cutis. Das von unten eindringende Granu-

lationsgewebe fixiert und färbt die Läppchen. — Epithelneubildung, ausgehend von den Schweifsdrüsenausführungsgängen, kann zu Täuschungen Veranlassung geben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein dermatotherapeutischer Beitrag, von E. Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* Okt. 1898.) Bei der Behandlung von Akne und Seborrhoe bediente sich S. schon lange mit Vorteil des alkalischen Seifenspiritus und aufserdem des heifsen Wassers. Beide Faktoren in zweckmäfsiger Weise zu verbinden, wird in Amerika ein Inhalationsapparat gebraucht, mit welchem ein grofser Trichter, der der Gröfse eines Kopfes entspricht, in Verbindung steht. Eine Mischung von Seifenspiritus mit Wasser wird in das Arzneigläschen des Inhalationsapparates gebracht, sodafs der mit dem Mittel durchsetzte Dampf auf das in dem Trichter befindliche Gesicht des Patienten wirken kann. Nach diesem Prinzip liefs S. einen vollkommeneren Apparat konstruieren, welcher durch Erzielung einer wesentlich höheren Temperatur den therapeutischen Erfolg noch vermehrte. Die Verbesserung besteht vor allem darin, dafs der Trichter selbst mit heifsem Wasser gefüllt werden kann und ein oben in demselben befindliches Thermometer die Temperatur des Wassers anzeigen kann. 55° C. desselben entsprechen 45° im Innern des Trichters, welche Wärme meist gut vertragen wird. Der Apparat wird täglich oder ein paar Mal in der Woche je nach dem Grad der Erkrankung angewandt, die Dauer beträgt 5 Minuten bis zu einer Viertelstunde und noch länger. S. hat die besten Erfolge bei Acne pustulosa, indurata und rosacea, ferner bei Seborrhoe des Gesichtes und Kopfekzem gehabt, empfiehlt die Anwendung des Dampf-Sprayapparates, dessen Konstruktion die beigefügte Zeichnung deutlich veranschaulicht, aber auch bei Sykosis vulgaris. Die übrigen Mafsnahmen, wie Expression der Komedonen, Gesichtsmassage, werden jedoch damit nicht überflüssig, erstere vielmehr erleichtert. *Stern-München.*

Pharmakologie.

Über eine Indikation des Airols, von I. Bloch. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 96.) Die austrocknende und sekretionsbeschränkende Wirkung des Airol hebt Verfasser als besonders bemerkenswert hervor. So bewährte sich dasselbe bei stark secernierendem Ulcus molle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Airols, von Hugo Tausig. (*Wien. med. Presse.* 1898. No. 45.) Bei zahlreichen Leiden hat sich Verfasser das Airol sehr bewährt: bei Quetschungen, Wunden, Geschwüren, Brand- und Ätzwunden, phlegmonösen Prozessen. 30 Blennorrhoen heilten in 3—10 Tagen, wenn man die Harnröhre mittelst Nélaton mit 3% Borwasser ausspült und dann Airol 10% (in Glycerin und Aqua destillata aa) injiziert. Nur nach den ersten Injektionen bestand stärkeres Brennen. Ferner wurden Ulcera mollia und dura, gespaltene Bubonen durch Airol gut beeinflufst, ebenso wie eine Reihe äufserer Augenleiden, Otitis media.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Cearin, von Issleib. (*Pharm. Centralh.* 1898. No. 26.) Herstellung: 1 Teil weifses Carnaubawachs und 4 Teile flüssiges Paraffin werden im Wasserbade zusammengeschmolzen und bis zum völligen Erkalten gerührt. Die Salbe ist schneeweifs und hat einen gewissen Glanz, grofse Beständigkeit. Sie wird, als Ersatz der Paraffinsalbe, als eine Bereicherung der Pharmacia elegans zur Prüfung empfohlen.

A. Straufs-Barmen.

Über Chinolin-Wismut-Rhodanat, von L. Forchheimer. (*Therap. Monatsh.* August 1898.) Das neue Mittel, ein rotgelbes, grobkörniges, in Alkohol, Wasser, Äther unlösliches Pulver, wurde in Josephs Poliklinik bei varikösen und luetischen Unterschenkelgeschwüren geprüft. Als Pulver aufgestreut, und zwar alle 4—6 Tage, bewirkte es bei 18 Unterschenkelgeschwüren in 2—56 Tagen Heilung in 11 Fällen, 6 wurden gebessert, einer blieb ungeheilt. Von zwei Fällen luetischer Geschwüre wurde einer gebessert, der andere nicht geheilt. Als Heilmittel kann das Rhodanat bei Geschwüren nicht bezeichnet werden, aber durch die Bildung eines trockenen Schorfes stellt es eine schützende Decke her, unter der die Ulcera ohne Infektion heilen können. Die bei der Behandlung der venerischen Ulcera und Kondylome erzielten Resultate (von beiden je vier Fälle geheilt) sind zu weiteren Versuchen ermutigend.

A. Straufs-Barmen.

Eudermol und seine Anwendung bei Scabies, von Wolters-Bonn. (*Therap. Monatsh.* August 1898.) Eudermol, salicylsaures Nikotin, wurde bei 67 Scabieskranken in einer 0,1%igen Salbe angewandt; bei 64 war nach einer Einreibung das Jucken verschwunden. Höchstens sechs Einreibungen genügten in allen Fällen zur Heilung. Irgendwelche Beschwerden oder Intoxikationserscheinungen blieben aus, was gegenüber der Nikotianaseife hervorgehoben wird. Stärkere Konzentrationen rufen Intoxikationen hervor. Die Vorteile der Salbe sind: Sie reizt nicht, erzeugt keine Albuminurie, keine Intoxikationen, ist geruchlos, schmiert nicht und greift die Wäsche nicht an.

A. Straufs-Barmen.

Über Gonorol, von Riehl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 52.) Unter dem vielversprechenden Worte „Gonorol“ hat Verfasser ein Extrakt aus Oleum Santali ostindici zur Prüfung erhalten. Dasselbe stellt ein farbloses Öl dar, welches sich bei 20° C. in drei Teilen 70%igem Alkohol klar löst und bei 303—306° C. siedet. Dasselbe soll frei sein von verunreinigenden Stoffen (Terpenen und anderen aromatischen Substanzen). Bei Beobachtungen von 50 Fällen von Blennorrhoe wurde Gonorol in Dosen von 2—3 g pro die 10—30 Tage und länger gegeben. Es wurde stets gut vertragen bis auf Aufstofsen, rasch vorübergehende Leibschmerzen und wirkte ebenso gut wie reines Sandelöl. Niemals traten Nierenerscheinungen auf. Verfasser empfiehlt deshalb das neue Präparat.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über chirurgische Erfahrungen mit löslichem metallischem Silber bei der Behandlung von septischen Wundinfektionen (Blutvergiftungen), von O. Werler. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 40.) Verfasser fafst die Ergebnisse seiner klinisch-therapeutischen Versuche in folgenden Sätzen zusammen: 1. In dem löslichen metallischem Silber besitzen wir ein bewährtes Mittel, um bei rechtzeitig gestellter Diagnose und dem Fehlen schwerer Sekundäraffektionen eine erfolgreiche interne therapeutische Beeinflussung der durch septische Infektionsstoffe erzeugten Blutvergiftungen zu erzielen. 2. Das Verfahren der allgemeinen Silbertherapie eignet sich zur Heilung sowohl akuter als auch chronischer Sepsis und Furunkulosis. 3. Die gröfste Energie entwickelt die Inunktionskur mit Unguentum Credé, welche auf dem Wege percutaner Resorption eine direkte Aufnahme des Medikamentes in den Blutkreislauf und dort unter Bildung stark bakterioider Silbersalze eine universelle Antisepsis und Desinfektion des Gesamtorganismus zu stande bringt.

I. Bloch-Berlin.

Über Anwendungsweise und Wirkungen des löslichen metallischen Quecksilbers (Hydrargyrum colloidale), von O. Werler. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 42.) Verfasser empfiehlt auf Grund sorgfältiger therapeutischer Versuche:

1. Das Unguentum Hydrargyri colloidalis Werler (10%) für die endermatische, percutane Behandlung zu Inunktionskuren. 2. Die Solutio Hydrargyri colloidalis (1—2%ige wässerige dunkelbraune Lösung) für subcutane Injektionen. 3. Die Pilulae Hydrargyri colloidalis (0,3 Hydr. colloid. auf 30 Pillen) zur innerlichen Darreichung. 4. Die Tablettae Hydrargyri colloidalis (aus 1,0 des reinen Hydr. colloid.) zur Selbstbereitung von Lösungen, sowie zur Bäderbehandlung in der Kinderpraxis. 5. Das Emplastrum Hydrargyri colloidalis zur lokalen Applikation auf Drüsentumoren und Ulcerationen. *I. Bloch-Berlin.*

Die therapeutische Verwendung der Jodeiweifsverbindungen (Eigon), von W. Tischer und A. Beddies. (*Allg. med. Centralztg.* 22. Okt. 1898.) Die antibakterielle Wirkung des α-Eigons wurde von den beiden Forschern, von welchen der eine (Dr. Beddies) sich schon früher mit den pharmakologischen Eigenschaften dieses Mittels beschäftigt hat, in eingehender Weise studiert und gefunden, dafs 50%iges Eigon innerhalb 1, 10%iges innerhalb 3 Stunden die virulentesten Keime zur Abtötung bringen kann. Um die Weiterentwickelung nur zu hemmen, genügt eine viel schwächere Konzentration, so dafs 5—10%iges α-Eigonpulver zur Anti- bez. Asepsis und, wie die weiteren Versuche lehrten, α-Eigonnatrium und β-Eigonlösung in gleicher Weise ausreichen. Das Eigon wirkt, ähnlich dem Jodoform, nicht direkt, sondern in zersetzter Form, indem sich die abgespaltenen Jodgruppen mit den kritischen Bakterienprodukten sehr wahrscheinlich verbinden und die Fortentwickelung dieser sowie weiterhin der Bakterien selbst hindern. Als Vorteile des Eigonpulvers (10—30% mit Talcum) gegenüber dem stabilen Jodoform kämen nun dessen leichtere Zersetzlichkeit und energischere Reaktionsfähigkeit, ferner Fehlen eines unangenehmen Geruches und relativ sehr geringe Giftigkeit in Betracht. Die Erfolge mit obigem Eigonstreupulver waren bei Wunden jeder Art günstiger wie mit Jodoform, auffallend gute Resultate wurden bei geöffneten Furunkeln, Panaritien, Balggeschwülsten erreicht, desgleichen bei tuberkulösen Prozessen und venerischen Affektionen. Eigon vermag ebenso wie Jodoform putride Gerüche zu beseitigen, wirkt also desodorisierend. Noch gröfsere Vorzüge als der äufseren Applikation rühmen die beiden Verfasser der inneren Medikation nach, sie gaben speziell α-Eigonnatrium und β-Eigon und zwar von 3 auf 10 g pro die allmählich ansteigend bei syphilitischen und skrophulösen Prozessen. Auch bei hohen Dosen traten keinerlei Symptome von Jodvergiftung ein, wie sie beim Jodkalium so häufig vorkommen. Als Beispiele der guten Eigonwirkung werden ein paar Fälle von maligner Syphilis mit starker Kachexie bezw. tuberkulöser Lungenaffektion, wo von einer Schmierkur abgesehen werden mufste, ferner hypertrophische Prozesse sekundär syphilitischer Natur, Laryngitis syphilitica und Pharyngitis sicca (neben lokaler Behandlung) angeführt. Für den dauernden Eigongebrauch eignet sich besonders 3%iger Eigonmalzextrakt, daneben noch 0,03%iger Eigonwein. Eklatanter Erfolg wurde bei Skrophulose nach mehreren Wochen in ansteigender Dosis bis zu 5 g pro die erzielt. Auch bei anderweitigen (welchen?) Hautkrankheiten, bei Schankergeschwür, bei Uteruskatarrh scheine Eigon günstig zu wirken.

Stern-München.

Jodoformogen, ein geruchloses Jodoformpräparat, von Wagner. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 48.) Der Verfasser hat Jodoformogen, eine 10% Jodoform enthaltende, in Wasser unlösliche, leicht sterilisierbare Verbindung von Jodoform und Eiweifs vielfach bei frischen und granulierenden Wunden und — in Form von Vaginalkugeln — bei frischen Dammrissen angewendet; er kann das Präparat als ein vorzügliches Wundstreupulver empfehlen, welches die bekannten und unbestrittenen Vorzüge

des Jodoforms besitzt, zudem aber in der Anwendung geruchlos ist und weniger Ekzeme erzeugend und geringer toxisch wirkend zu sein scheint als das Jodoform.

Götz-München.

Erfahrungen über die therapeutische Verwertbarkeit des 6%igen Jodvasogens, von Floras. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 5. Therap. Beilage No. 2.) Verfasser hat das Jodvasogen bei allen möglichen Erkrankungen ausprobiert und lobt es sehr. Uns interessiert, daſs er es im allgemeinen wirkungslos fand bei Epididymitis blennorrhoica, Ekzem, Neurasthenie. Gute Wirkung entfaltete es, innerlich und äuſserlich gegeben, bei syphilitischen Geschwüren, sowie nur äuſserlich bei varikösen Ulcerationen. Auch die Heilung eines Falles von Lupus der äuſseren Haut der Nase wird mitgeteilt, wobei immerhin ja möglich ist, daſs die Grundursache dieses Lupus in einer alten Syphilis zu suchen ist. *F. Hahn-Bremen.*

Erfahrungen mit Naftalan, von W. Riehm. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 100.) Bei chronischem Ekzem in der Ellenbogenbeuge, bei drei Erysipelfällen, beginnender Psoriasis, nässendem Ekzem auf Kopfhaut und Wange, bei entzündlichen Drüsenschwellungen, Ischias, Polyarthritis acuta rheumatica, Brandwunden, Gangrän nach Traumen sah Verfasser gute Erfolge von der Anwendung des Naftalans.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die lokale Behandlung schmerzhafter Ulcerationen mit Orthoform, von E. S. Yonge. (*Brit. med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Der Verfasser bespricht zunächst die chemische Zusammensetzung und die physiologische Wirkung des Mittels. Es kam in folgenden Formen zur Anwendung: 1. als trockenes Pulver; 2. als Pastillen; 3. als gesättigte Lösung von Orthoform in Kollodium; 4. als Spray; 5. als 10%ige Salbe; 6. als 10%ige wässerige Lösung des Hydrochlorids zum Einpinseln. — Die Anästhesie, welche das Orthoform hervorruft, ist keine genügend tiefe, um chirurgische Operationen zu gestatten. Wenn es auf die Zunge, die innere Fläche der Wangen- oder der Pharynxschleimhaut appliziert wird, so empfindet der Patient ein taubes Gefühl während 5 Minuten ungefähr, aber eine wirkliche Anästhesie ist damit noch nicht erreicht. — Der Verfasser hat die anästhesierende Wirkung des Orthoforms bei 18 Patienten, welche an schmerzhaften Ulcerationen der Nasen-Rachenhöhle und des Kehlkopfes litten, erprobt. Die Resultate werden im folgenden mitgeteilt. In einem Falle von tuberkulöser Ulceration der Epiglottis, welche dem Patienten Schmerzen beim Schlucken und intensive Hustenanfälle verursachte, verschaffte eine 10%ige Kokainlösung für etwa 6 Stunden Erleichterung; 0,3 Orthoform, auf die Geschwürsfläche eingeblasen, brachte für 30 Stunden Erleichterung. Die Schlingbeschwerden und der Hustenreiz hörten fast ganz auf, so daſs der Patient, der vorher nur flüssige Nahrung vertrug, jetzt auch feste Speisen durch einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten zu sich nehmen konnte. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Anwendung von Salbenmullen in der Dermatotherapie, von L. Leistikow. (*Deutsche Praxis.* 1898. No. 10.) Man versteht unter Salbenmullen Salben härterer Konsistenz, welche auf hydrophilen Verbandstoff gestrichen sind, in der Weise, daſs eine quantitativ bestimmte Menge Arzneistoff auf eine bestimmte Fläche Mull gleichmäſsig verteilt ist. Die Fettmasse der Salbenmulle besteht aus benzoiertem Sebum und Wachs oder aus Wachs, Vaselin und Wollfett. — Die zu behandelnde Hautstelle wird mit Salbenmull bedeckt, sanft auf die Haut angedrückt und leise verstrichen, dann mit Watte oder Guttaperchapapier isoliert und mit einer ungestärkten Mullbinde, auf kleinen Partien auch mit einem kleinen Streifen Pflastermull fixiert. Verbandwechsel findet alle 12—24—36 Stunden statt, wobei die Haut

zuerst mit in Öl getauchter, dann mit trockener Watte gereinigt wird. — Die Salbenmulle erweichen durch Imbibierung mit Fett die Hornschicht in hohem Grade, wirken dem nach der Peripherie strebenden Saftstrome der Haut entgegen und schränken so die Verdunstung der wässerigen Hautsekrete ein, wodurch verloren gegangene Hornschicht ersetzt, akute Hyperämie und Exsudation beseitigt wird. Schuppen, Borken und Krusten werden durch kein dermatotherapeutisches Vehikel so rasch beseitigt wie durch den Salbenmull. Verfasser empfiehlt am meisten: 1. Zinkoxyd-Schwefel-, 2. Zinkoxyd-Quecksilberoxyd-, 3. Bleipflaster-Karbol-, 4. Zinkoxyd-Ichthyolsalbenmull. — Die beiden ersteren dienen zur Behandlung der Impetigo vulgaris und heftig entzündlicher Sycosis coccogenes, sowie des Ekzems der Lider. Der Bleikarbolsalbenmull ist zur Behandlung von rhagadiformen, pruriginösen Ekzemen der Hände, der Vulva, des Scrotums und Anus sehr geeignet, besitzt auch wegen seines Gehaltes an Empl. Lithargyri simpl. eine gewisse Klebkraft, welche seine Fixierung ohne Mullbinde ermöglicht. — Ein weit gröfseres Anwendungsgebiet aber besitzt der absolut reizlose Zinkichthyolsalbenmull. Er pafst für einfache Hyperämien ebenso wie für die schwersten nässenden Entzündungen der Haut, leistet bei Cirkulationsanomalien, Rosacea angioneurotica, artifizieller Dermatitis, Verbrennungen, Röntgen-Dermatitis. Herpes zoster und genitalis, vesikulösen, vesikulo-papulösen, krustösen Ekzemen, Eccema rubrum und in erster Linie bei den Ekzemen der Kinder Vorzügliches. Ekzem des Gesichts, der Ohren, des Kopfes (bei kurzgeschnittenem Haar), der Hände, Finger und Zehen indizieren hauptsächlich seine Anwendung. Wegen seiner Vielseitigkeit, seiner prompten Wirkung und Billigkeit kann der Zinkichthyolsalbenmull dringend empfohlen werden. *I. Bloch-Berlin.*

Das Tannoform in der Dermatotherapie, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Blätter.* 1898. No. 46.) Bei reinen Sekretionsanomalien, bei solchen mit Ekzembildung und bei artifiziellen Ekzemen hat Verfasser das Tannoform geprüft. Sehr gut wurde die Hyperidrosis beeinflufst, wenn man das Pulver gut in die Haut verreibt; ebenso die Balanitis. Bei Ekzemen ad anum nimmt man eine Tannoformsalbe: Tannoform 3,0, Lanolini, Ung. simpl. aa 15,0 oder eine Mischung von Tannoform mit Talcum (1 : 4—5). Die Salbe ist auch bei Ekzembildung zwischen den Zehen infolge von Hyperidrosis vorzuziehen. Bei Kindern mit Intertrigo ist die 5%ige Tannoform-Vaselinsalbe von bestem Erfolg. — Am wirksamsten aber ist das Tannoform bei artifiziellem, gewerblichem, akutem Ekzem. Verfasser hat 132 derartige Fälle behandelt. Stets schwand das Nässen sehr schnell, viel schneller als nach irgend einer anderen Medikation. Nur bei Pustelbildung mufste der 10%igen Tannoformsalbe die Anwendung von Resorcinumschlägen vorausgeschickt werden. Die Salbe wird auf Leinwand gestrichen der Haut adaptiert und morgens und abends gewechselt; am dritten Tage ist Nässen und Rötung geschwunden. Auch als Verbandpulver bei kleinen Wunden, Verbrennungen ist das Tannoform brauchbar. Kurz es ist ein Mittel, geeignet, die Hypersekretion zur Norm zurückzuführen, intertriginöse, ekzematöse und ulceröse Prozesse günstig zu beeinflussen. 277 Fälle liegen den Schlüssen des Verfassers zu Grunde.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein neues Harndesinficiens, von Reynold W. Wilcox-New York. (*Med. News.* 12. Nov. 1898.) Unter diesem Titel beschäftigt sich W. eingehend mit dem vor ca. 4 Jahren von Nicolaier gefundenen **Urotropin,** welches die beiden Eigenschaften in sich vereinigt, die Zersetzung des Urins zu verhindern und einen alkalischen Harn sauer zu machen. Besonders in letzterer Beziehung erwies es sich sehr nützlich und von den vier Fällen, welche W. genauer beschreibt, war der erste mit hypertrophischer Prostata, sekundärer Cystitis und Pyelitis (61jähr. Mann) vergebens lange mit anderen

Mitteln behandelt worden (Balsamicis, Benzoepräparaten, Salol, Salophen), bis das Urotropin rasche Besserung brachte; der zweite Fall betraf einen 31jähr. unverheirateten Geistlichen mit Phosphaturie, der dritte einen 24jähr. jungen Mann mit blennorrhoischer Cystitis, und der vierte eine 24jähr. Frau mit Blaseninfektion und sekundärer Syphilis im Puerperium, wahrscheinlich verursacht durch unreine Katheter. Aus diesen und anderen Beobachtungen zieht W. folgende Schlüsse: das Urotropin verursacht keine Nebensymptome, wenn es in der Dosis bis zu 2 g pro die gegeben wird. (Gewöhnlich auf zweimal je 1 g täglich, morgens und abends). Es macht einen alkalischen Urin stets sauer, was auch immer die Ursache sein mag. Es verhindert die Entwickelung der Mikroorganismen bei ammoniakalischer Cystitis und klärt auf diese Weise trüben Harn auf. Es ist indiziert zu vorbereitender Desinfektion bei Operationen an dem Harnapparat, bei Pyelitis, Cystitis und anderen Entzündungen der Harnwege, und schliefslich bei Krankheitszuständen, wo Neigung zu Harn-Steinbildung besteht. W. ist mit Casper und Linossier der Ansicht, dafs das Urotropin im Blute in Formaldehyd zersetzt wird, über dessen antiseptische Eigenschaften schon genügend geschrieben worden sei. *Stern-München.*

Über die Heilwirkung des Xeroforms, von Thurnwald. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 44.) Das Xeroform steht dem Jodoform als granulationsbeförderndes Mittel nach; gereinigte Ulcera mollia beeinflufst es günstig, bei rhagadiformen Schankern am Rande einer engen Vorhaut wirkt es sehr schmerzstillend. Das Xeroform ist reizlos, läfst die umgebende Haut intakt, fördert das Epithelwachstum. Bei chronischen, oberflächlichen Ekzemen, besonders bei den intertriginösen, bewährte sich die zweimal tägliche Einreibung von Xeroformpulver in hohem Mafse; ebenso bei nicht zu tief greifenden Ekthymapusteln. Ulcera luetica, Blennorrhoe werden von Xeroform nicht beeinflufst. Ein Vorteil ist seine Geruchlosigkeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Die Ursache und Behandlung der Bubonen, von George T. Howland-Washington. (*Med. News.* 26. November 1898.) Von den verschiedenen Ursachen der Bubonen ist weitaus die häufigste der weiche Schanker, dann kommen Blennorrhoe, harter und gemischter Schanker, Trauma oder nicht venerische Ursachen. Unter 156 Fällen von weichem Schanker sah H. 53 mal, d. i. in 33,9% der poliklinischen Praxis Bubo, in der Privatpraxis nur bei weniger als 3%; übereinstimmend mit anderen Angaben waren sie auch hier meist einseitig (43), nur 10 doppelseitig. H. glaubt, dafs mangelhafte Reinlichkeit ein Hauptfaktor bei der Entstehung der Bubonen ist. Von 53 Fällen zeigten 40 Eiter und wurden geöffnet, bei 20 derselben wurde der Eiter mikroskopisch, mit Reinkulturen und Impfversuchen untersucht, es wurde aber nichts gefunden, was irgend Ähnlichkeit mit dem Ducrey-Kreftingschen Bacillus gehabt hätte, an dessen Existenz resp. Specifität auch Autoren wie Welander, Unna u. a. m. glauben. Blennorrhoische Entzündung der Leistendrüsen führt H. meist auf allzu reizende Behandlung zurück, er fand sie zu 2,3% (aller Bubonen oder der Blennorrhoefälle?). Im ganzen erlebte er 4 mal Eiterung der syphilitischen Leistendrüsen, wo sie jedesmal auf Reizung und Entzündung, verursacht durch Ätzung des Primäraffektes mit Acid. nitr. (!), zurückzuführen war; dies sei in der Klinik

eines auswärtigen, berühmten Syphilidologen vorgekommen. Von traumatischen Bubonen, wo jede venerische Ursache auszuschliefsen war, sah H. im ganzen 20 Fälle; in der britischen Marine sollen sie nach GODDING relativ sehr häufig sein, meist verursacht durch Verrenkung oder Hautabschürfung an den Zehen. Auf die Behandlung der Bubonen übergehend, führt H. zuerst die therapeutischen Mafsnahmen an, welche er gegen Ulcus molle gebraucht und welche der Hauptsache nach in Kauterisation mit dem Paquelin und Verband mit Glutol-SCHLEICH und feuchter Sublimatgaze besteht; dieser Verband wird 5—7 Tage liegen gelassen und dann event. erneuert in durchschnittlich 12 Tagen trat bei 15 Fällen Heilung ohne Bubonenbildung, bei weiteren 10 in 14—17 Tagen ohne Komplikation ein. Von den vier gegen die Bubonen gebräuchlichen Methoden erwiesen 1. die äufsere Applikation verschiedener Mittel (Tinct. Jodi, Ichthyolsalbe u. s. w.) und 2. die hypodermatische Injektion von Karbollösung (Argent. nitr. erwähnt H. nicht!) u. a. sich als nutzlos, während er von der dritten, der Incision (besonders bei frühzeitiger Ausführung), in 40 so behandelten Fällen vorzügliche Resultate sah; 28 Patienten wurden in 6, 7 in 9, 3 in 12 und 2 in 18 Tagen geheilt. Nach der üblichen Desinfektion verfährt H. dabei so, dafs er 4%ige Kokainlösung injiziert, dann incidiert, den Eiter möglicht ausdrückt, die Höhle mit reinem Wasserstoffsuperoxyd und dann mit warmer Sublimatlösung (1:3000) ausspült und schliefslich mit Glutol ausfüllt, worauf die Wunde mit ebendemselben und feuchter Sublimatgaze bedeckt wird; der Verband wird 6 Tage lang nicht entfernt, aufser wenn dessen Verfärbung auf Durchdringen des Eiters schliefsen liefse, der Patient mufs 24 Stunden wenigstens ruhig liegen bleiben. Die Resultate mit Glutol waren nach H. besser wie mit Jodoform resp. 10%igem Jodoformvaselin. Die vierte Art der Bubonenbehandlung, die Excision, hält er für eine ganz unnötige Operation. Die blennorrhoischen, ebenso wie die traumatischen Bubonen sollen durch milde Salben und Druckverband leicht zur Resorption zu bringen sein.

Stern-München.

Über chromographische Projektion, von O. LASSAR-Berlin. (*Dermat. Ztschr.* Bd. V, Heft 6.) Die farbige Photographie hatte trotz mancher unschätzbarer Fortschritte doch nicht diejenige Vollkommenheit bisher erlangt, welche sie zum Gemeingut der Technik und wissenschaftlichen Wiedergabe hätte machen können. Desto gröfseres Aufsehen erregten deshalb auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung die Demonstrationen, welche mit dem von F. E. IVES in Philadelphia konstruierten Chromoskop gemacht worden sind. Blumen, Gemälde, Steinschliffe, überhaupt farbige Gegenstände jeder Art konnten als Bilder, Stereoskope und Projektionen dem Auditorium vorgeführt werden. Verfasser hat daraufhin den Inhaber der deutschen Chromoskop-Gesellschaft, Patentanwalt KRAYN veranlafst, das Verfahren bei Hautkranken zu erproben. Vorher hat R. ISAAC bereits eine Reihe vortrefflicher helioskopischer Demonstrationen herstellen lassen und in der dermatologischen Gesellschaft zur Anschauung gebracht. Es handelt sich hierbei nicht um fixierbare, aktuelle, sondern um virtuelle, im Auge des Beschauers basierende Bilder. Dieselben existieren in Wirklichkeit nicht, sondern werden nur entoptisch durch die Reizung fundamentaler Farbenempfindung in den entsprechenden recipierenden Elementen der Retina hervorgerufen.

C. Berliner-Aachen.

Über Jahrhunderte alte Menschenhaare, von ZIEMKE. (*Vierteljahrsschr. f. ger. Med.*) Die Haare widerstehen der Verwesung Jahrzehnte, selbst Jahrhunderte. In Särgen aus dem 15. Jahrhundert sind wohl erhaltene Haare gefunden. Selbst bei ägyptischen Mumien sind Haare in gutem Zustande konstatiert. — Unter dem Fundamente eines Hauses, welches 107 Jahre gestanden hatte, fand man einen Schädel mit

wohlerhaltenen Haaren und verschiedene Knochen. Die Behörden fahndeten, ob nicht ein Verbrechen jüngeren Datums vorliege. Die Untersuchung ergab mit Sicherheit, daſs es sich um menschliche Haare eines jungen weiblichen Wesens handelte, deren gute Beschaffenheit nicht dagegen sprach, daſs die Leiche über 100 Jahre schon dort ruhte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Fragliche Gültigkeit der Ehe wegen Impotenz des Mannes. Gutachten der medizinischen Fakultät zu Wien. Referent v. Wagner (*Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 2.) Das vorliegende Gutachten betrifft einen Mann, der niemals sexuellen Verkehr mit seiner Frau auszuüben versucht. Aus der Anamnese kommt die Fakultät zum Schluſs, daſs bei intakten Sexualorganen es sich um ein Fehlen jeglicher Geschlechtslust infolge eines cerebralen Defektes handelt und eine Heilung dieses Leidens, welches von jeher bei dem Ehemanne bestand, nicht zu erwarten ist.

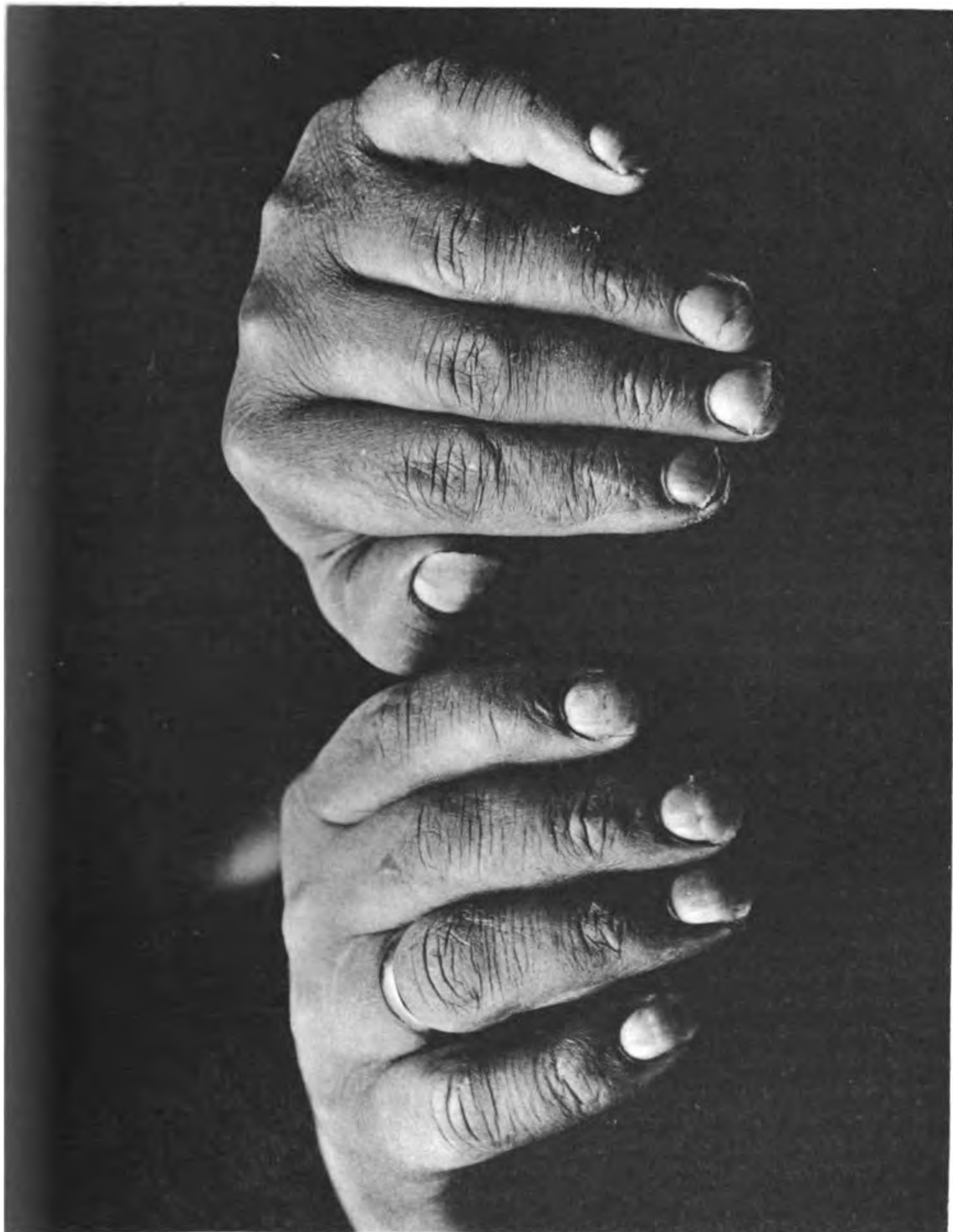
Jessner-Königsberg i. Pr.

Bericht über einen Fall von Bilharzia-Krankheit, von C. Cureton und T. L. Webb. (*Lancet.* 21. Jan. 1899.) Sektionsbefund über einen 41jährigen Straſsenkehrer, welcher plötzlich ohne ärztliche Behandlung gestorben war. Abgesehen von Affektionen am Herzen und Rippenfell bot der Fall Interesse dar, indem im Proc. vermiformis sich mehrere Gruppen von je 3,4 bis 20 in bindegewebigen Hüllen eingekapselten Distomum-Eiern vorfanden. Nach längerer Einwirkung von starker Karbolfuchsinlösung konnten eine transparente Kapsel und ein körniger Inhalt nachgewiesen werden. Patient hatte offenbar als Soldat 1889 die Krankheit in Ägypten acquiriert. *Philippi-Itzehoe.*

Pharyngomykosis leptothricia, von St. Clair Thomson. (*Lancet.* 18. Febr. 1899.) Vor der Med. Soc. Lond. demonstrierte Th. einen 38jährigen Mann mit dieser Affektion, für welche er aber die Bezeichnung Keratosis pharyngis für angemessener erachtet. Er führt die Entstehung weniger auf die Einwirkung von Mykosis leptothricia, welche fast stets im Munde nachzuweisen sei, zurück als auf eine Verhornung der Epithelauskleidung der Lakunen. Charakteristisch ist die schnelle Wiederkehr der Gebilde nach mechanischer Entfernung derselben; dieselben sollen bis zu fünf und acht Jahren sich erhalten haben. Hall empfiehlt die lokale Applikation einer 15% alkoholischen Lösung von Salicylsäure. *Philippi-Itzehoe.*

Wiener dermatologische Skizze, von M. C. (*Allg. med. Centralztg.* 1899. No. 13.) Eine Nänie auf die Wiener dermatologische Schule! Referent ist zwar mit dem Verfasser der Ansicht, daſs es durchaus nicht nötig ist, nach Wien zu gehen, um dermatologisch denken zu lernen. Trotzdem verrät es wenig historischen Sinn und sehr viel Ungerechtigkeit, wenn der Verfasser das Resumé seiner Schilderung mit den Worten giebt: „Das streng wissenschaftliche Denken, die streng pathologisch-anatomische Schulung, die wir Deutschen unserem Virchow verdanken, fehlt den Wienern; hier gilt das rasche, sichere Stellen der klinischen Diagnose ex adspectu als Höchstes in der Wissenschaft, und in der Therapie herrscht ein etwas weitgehender Skepticismus gegen das Neue.“ Denkt Verfasser nicht daran, daſs die Mehrzahl unserer groſsen dermatologischen Monumentalwerke der Neuzeit in Wien geschaffen wurde (Kaposi, Neumann, Lang, Finger)? Und mit dem „Skepticismus gegen das Neue“ ist es auch nicht gar so schlimm. Das beweist die enthusiastische Aufnahme des Protargols in Wien und seine Überbietung durch das Largin. Auch in diesem Punkte ist die Wiener „Schule“ nicht hinter anderen zurückgeblieben.

I. Bloch-Berlin.



Graph. Inst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. No. 10. 15. Mai 1899.

Die neuesten Thatsachen betreffend die Frage über den Einfluſs der X-Strahlen auf die gesunde und kranke Haut.

Von

Dr. Valentin Zarubin,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilis an der kaiserl. Universität zu Charkow.

In No. 9 der „*Monatsh. f. prakt. Derm.*", 1897, Bd. XXV, haben Oudin, Barthélemy und Darier eine ziemlich ausführliche Zusammenstellung der kasuistischen Litteratur betreffs der therapeutischen Einwirkung der X-Strahlen auf die Hautkrankheiten und des schädlichen Einflusses auf die gesunde Haut, welcher von diesen Strahlen hervorgebracht wird (48 Fälle), vorgelegt. Nach der Mitteilung der letzteren ist bereits eine bedeutende Anzahl von neuen Daten veröffentlicht worden, — was mich ebenfalls veranlaſst, angesichts des ungeheueren Interesses, welches die X-Strahlen beanspruchen, den Versuch zu machen, die neuerdings von verschiedenen Beobachtern konstatierten Thatsachen zu systematisieren.

Bei der Erörterung der einschlägigen Litteratur wollen wir die einzelnen Daten in Kapitel mit der entsprechenden Aufschrift gruppieren, um den Lesern eine bequemere Orientierung zu ermöglichen. Als Musterbild des Einflusses der X-Strahlen, werden wir in jeder Gruppe eine oder mehrere Beschreibungen anführen, einander ähnliche Fälle aber werden der Abkürzung wegen nur in den Hauptzügen wiedergegeben werden.

1.

Die X-Strahlen in der Dermatotherapie.

Den gröſsten Erfolg haben die X-Strahlen bei der Behandlung des Lupus vulgaris errungen.

Albers-Schönberg beschreibt die Heilung zweier Fälle von Lupus vulgaris im Gesichte bei Kranken, welche erfolglos eine Menge von Behandlungsmethoden durchgemacht hatten. Die affizierte Stelle befand sich in 25 cm Entfernung von der Crookesschen Röhre, die Stromstärke betrug 20 W. und 5 A.; die Sitzungen fanden täglich statt und dauerten

jedesmal 20—30 Min. Die Therapie wurde bis zum Auftreten von Dermatitis fortgesetzt. Im ersten Falle des Autors wurde die Bestrahlung durch drei Wochen, im zweiten durch fünf Tage angewandt; von dieser Zeit an ging die Heilung in progressiver Weise vor sich. Nach Verlauf eines halben Jahres trat bei dem zweiten Patienten radikale Heilung des Lupus im Gesichte ein. Dem Artikel sind überzeugende Illustrationen beigegeben. In der anderen Arbeit beschreibt ALBERS-SCHÖNBERG noch eine neue Serie von mit Erfolg durch X-Strahlen behandelten Fällen von Lupus vulgaris.

FIORENTINI und FREUND machten Mitteilungen über den günstigen Einfluſs der X-Strahlen auf den Lupus.

GOCHT publizierte in einer eingehenden Arbeit eine Reihe seiner Beobachtungen anläſslich der Behandlung des Lupus vulgaris mit X-Strahlen bei sechs Kranken. Die Sitzungen, je 1/4—1/2 Stunde dauernd, fanden zweimal wöchentlich statt. Die CROOKESsche Röhre stand 6—7 cm entfernt. Zum Schutze der angrenzenden gesunden Teile wurden Bleimasken angelegt. Die Kranken kamen auf Bänke, die mit Glasunterlagen versehen waren, wodurch, wie GOCHT meint, die Prozedur der Durchleuchtung ceteris paribus beschleunigt wird. Der angewandte Strom war nicht unter 50 W. stark.

1. Fall. Pat. von 39 J. Lupus nasi und Geschwüre im harten Gaumen. Die über einen Monat lang zur Anwendung gelangten X-Strahlen ergaben ein negatives Resultat. (Dieser Fall ist hinsichtlich des Nutzens der X-Strahlen nicht beweiskräftig, da die Diagnose des Lupus nicht unzweifelhaft ist; die Thatsachen sprechen mehr für Lues.)

Die anderen fünf Fälle betrafen drei Frauen und zwei Männer im Alter von 16 bis 50 Jahren.

2. Fall. Lupus exulcerans, der den gröſsten Teil der rechten Wange ergriffen hat. Pat., 19 Jahre alt, leidet seit sechs Jahren. Weder Skarifikation, noch Kauterisation, noch irgend eine andere Therapie gab ein günstiges Resultat. Bereits acht Tage nach Anwendung der X-Strahlen bekamen die ulcerierten Bezirke ein gutes Aussehen. 16 Tage später entwickelte sich in der Umgebung eine intensive Dermatitis. Da die rechte Schläfengegend nicht geschützt worden war, so fielen die Haare in dieser Gegend aus; ebenso gingen die Augenbrauen, Wimperhaare, die Haare der rechten Wange, der rechten Lippe und des Kinnes aus. Die geschwürigen lupösen Bezirke hatten ein treffliches Aussehen und machten nach einigen Wochen den Eindruck einer glatten Granulationsoberfläche, welche, wenn auch langsam, stetig kleiner wurde und gut heilte. Zwei Monate darauf erschienen zarte und weiſsliche Haare wieder, blieben aber bald im Wachsen stehen. Es blieben nur noch in der Nähe der Nase zwei kleine lupöse Bezirke zurück, die nach vier Monaten (die Behandlung

mufste wegen des Auftretens einer Hautentzündung öfters unterbrochen werden) vernarbten. GOCHT weist in diesem Falle auf folgende interessante Erscheinung hin: Völliger Pigmentverlust an der vernarbten Stelle, wobei man den Eindruck gewinnen konnte, als wenn das Pigment gegen die Peripherie vorgeschoben wäre und es sich in einer schmalen Randzone angesammelt hätte. Vorstehender Fall ist durch eine ihm beigegebene Photographie in sehr überzeugender Weise illustriert.

3. Fall. 17 jährige Patientin. Lupus exulcerans, eine typische Schmetterlingsform, aufserdem lupöse Herde am Halse; seit vier Jahren krank. Wurde nach verschiedenen Methoden erfolglos behandelt. Vier Wochen nach der Durchleuchtung trat Besserung ein; das Allgemeinbefinden wurde bedeutend besser — die lupösen Partien heilten teilweise, teilweise blafsten dieselben ab, die entzündliche Infiltration schwand vollkommen, es fehlt naheau die Sekretion. Es sind bereits mehrere Monate her, dafs eine schöne feste Vernarbung aller ergriffen gewesenen Gesichtsteile erfolgt ist; von den Knötchen und Infiltrationen sind auch selbst kleine Spuren nicht mehr vorhanden, die Narben erscheinen glatt und die Farbe derselben, wie auch die der übrigen Gesichtspartien, etwas dunkler. Am Halse finden sich noch kleine lupöse Bezirke, die unter dem Einflufs der Röntgentherapie in Heilung übergehen.

4. Fall. 16jährige Patientin. Seit sechs Jahren besteht Lupus, ausgehend von der Nase. In der Umgebung des Mundes finden sich besonders geschwürig zerfallene Partien. Der Einflufs der X-Strahlen führte auch zu einem glücklichen Erfolg. die Geschwürsherde reinigten sich gut, die Infiltration fiel fort und teilweise wuchs eine neue Epidermis darüber.

5. Fall. Patientin, 56 J. alt. Lupus exulcerans am linken Nasenloch. 30 Tage nach der Durchleuchtung entstand eine hochgradige Dermatitis, welche noch eine Woche lang nach dem Aufhören der Wirkung der X-Strahlen fortbestand. Die Krusten fielen ab, die tief zerfallene Geschwürspartie überdeckte sich mit einer Epidermis.

6. Fall. Patientin, 16 J. alt. Multiple Hauttuberkulose und Fungus genus dextri. Unter dem Einflufs der X-Strahlen macht sich eine Besserung bemerkbar. Krusten fallen von den ulcerierten Stellen ab, wobei die letzteren sich teils in eine granulierende Oberfläche umwandeln, teils aber mit Epidermis sich überziehen.

KÜMMELL demonstrierte auf dem Deutschen Chirurgen-Kongrefs in Berlin mehrere Kranke, die von Lupus vulgaris faciei mit Hülfe der X-Strahlen geheilt worden waren. (Dieselben Fälle wie die von GOCHT.) Einer Verbrennung der Haut beugte der Autor dadurch vor, dafs er die CROOKESsche Röhre nur allmählich der Haut näherte, indem er die Durchleuchtung in einer Entfernung von 40 cm von letzterer begann.

LINASCHI sah ebenfalls grofsen Nutzen von dem Gebrauch der X-Strahlen bei Lupus.

SCHIFF berichtete über erfolgreich durchgeführte Experimente mit den X-Strahlen an mit Lupus vulgaris behafteten Kranken (ein Knabe und ein Mädchen, beide 14 J. alt).

Beim ersten Fall war der Lupus an der Rückenfläche der ganzen linken Vorderschulter ausgedehnt und bildete aufserdem ein Nest an der vorderen Halsoberfläche von der Gröfse einer Kindshohlhandfläche; bei dem zweiten lag diesem Neste eine bis zur Wälschnufsgröfse angeschwollene Lymphdrüse an. Die erkrankten Hautstellen befanden sich in einer Entfernung von 15—25 cm von der CROOKESschen Röhre; die Sitzungen fanden täglich innerhalb $^1/_2$—2 Stunden statt. In einem Falle dauerte die Behandlung 18, im anderen 10 Tage. Nach Verlauf von sechs Monaten in dem einen und vier Monaten in dem andern Falle gewann die Haut ein fast normales Aussehen; die geschwollene Drüse beim Mädchen ging auf den entsprechenden Umfang zurück. — Es seien im folgenden die wichtigsten Momente aus den von SCHIFF mitgeteilten Krankengeschichten wiedergegeben: 1. Die allgemeine entzündliche Reaktion, die in jedem der beschriebenen Fälle nach ca. zehntägiger Exposition auftrat und eine auffallend lange Zeit anhielt. 2. Die spezifische Reaktion lupösen Gewebes auf X-Strahlen dadurch, dafs nicht manifeste Lupusknoten durch längere Beleuchtung sichtbar werden. 3. Die Lockerung und der Ausfall von Lupusknötchen, die nach der Einwirkung der X-Strahlen erfolgten. 4. Ein unmittelbares Abschwellen von infiltrierten Drüsen im Lymphgebiete des Lupusherdes im Anschlusse an die Exposition. 5. Durch die längere Einwirkung von X-Strahlen scheint die Umwandlung von torpiden Geschwüren in lebhafte Granulationswunden veranlafst worden zu sein. — Die Abhandlung ist mit guten chromolithographischen, die von Lupus ergriffene Haut vor und nach der Behandlung mit den X-Strahlen vor Augen führenden Bildern versehen.

SONNENBURG, NEISSER und ZIEMSSEN bezeugen auch einstimmig die Besserung und die Heilung des Lupus durch X-Strahlen.

SCHIFF erlangte von den letzteren die Heilung des breiten Lupus erythematodes discoides auf der linken Wange bei einer Kranken von 34 J. nach Ablauf von sieben Wochen seit dem Beginn der Behandlung.

Die hinsichtlich der Häufigkeit der in neuerer Zeit gemachten therapeutischen Versuche mit den X-Strahlen nächstfolgende Krankheit ist Naevus pigmentosus piliferus.

FREUND machte eine Mitteilung über die ziemlich erfolgreiche Behandlung des Naevus pigmentosus mit den X-Strahlen. Nur ist grofse Vorsicht erforderlich, in Anbetracht des äufserst reizenden Einflusses der letzteren auf die Haut, besonders bei Kindern; so bekam ein Kind, dem

der Autor die Haare auf dem von ihm in der Gesellschaft der Wiener Ärzte demonstrierten Naevus pigmentosus piliferus epilierte (dieser Fall ist in der *Wien. med. Wochenschr.* publiziert; die Photographie dieses exquisiten Falles ist der Arbeit von SCHIFF [*Arch. f. Derm. u. Syph.*] beigefügt), eine sehr intensive Dermatitis.

GOCHT beschreibt die Behandlung des angeborenen Naevus pigmentosus piliferus auf der Innenfläche des Handgelenkes bei einem dreijährigen Kinde mit den X-Strahlen.

Der Naevus von 5—6½ cm Durchmesser ragte etwas über das Niveau der Haut hervor. Sitzungen der Durchleuchtung während zwei Wochen (den Modus der Anwendung desselben s. im Kapitel Lupustherapie) blieben resultatlos. Weiterhin entstand eine leichte Rötung, welche rasch einen Stich ins Bläuliche bekam, dann aber fingen die Haare an auszufallen oder ließen sich ohne Schmerz entfernen. Nach 18 Tagen wurden die Sitzungen wegen einer starken entzündlichen Reaktion eingestellt und vier Tage später die Behandlung wieder fortgesetzt; der Entzündungsprozeß nahm bedeutend zu, die Rötung wurde noch intensiver, die Epidermis hob sich im Gebiete des Naevus in Form einer Blase ab, die Haare fielen ganz aus und blieben am Verbande kleben. Es besteht, wie dies MARCUSE, LEHRWALD und LEPPIN angegeben haben, eine reichliche Absonderung von trüb-seröser Flüssigkeit. Jucken und Schmerzhaftigkeit fehlen. Die Rötung breitete sich fast auf die ganze Vorderschulter aus. Abgesehen von einer gewissen Abnahme des Appetits wurde das Allgemeinbefinden nicht in Mitleidenschaft gezogen. Die Rötung verminderte sich unter dem Einfluß von Provenceröl-, Bleiwasser- u. dergl. Umschlägen, die fünf Tage lang angewandt wurden. Zur Zeit ist das Corium im ganzen Umfange des Naevus entblößt, stellenweise Blutpunkte sichtbar. Die Haare fehlen und von Pigment ist natürlich zur Zeit nichts zu merken. Inwieweit das Resultat in diesem Falle dauerhaft sein wird, verspricht GOCHT später mitzuteilen.

Es steht somit vorliegender Fall mit den früheren Beobachtungen in folgenden Punkten im Einklang: Entzündung mit Hyperämie, Blasenbildung, Abwesenheit von Empfindlichkeit (die Haut an den stark geröteten Stellen von normaler Sensibilität) und von Jucken. Schließlich sei noch erwähnt, daß die Epidermis sich nur im Gebiete des Naevus, also in demjenigen Hautteile abhob, welcher bereits vorher anormal, und die Entzündung bis zum Corium und anscheinend bis zur Tela subcutanea vorgedrungen war.

Hier auch lassen wir einen interessanten Fall, ebenfalls von GOCHT folgen, in welchem die X-Strahlen ein Epilationsmittel par excellence bei infolge des Wachsens der Haare verlangsamter Vernarbung der Operationswunde bildeten.

Ein Mann von 46 J. wurde wiederholt wegen Lymphomata colli operiert. Unter dem Kinne befand sich eine Spur vom Schnitte, der in querer Richtung verlief und 6 cm lang war. Es wurden Sitzungen der Durchleuchtung in Anwendung gezogen, um die die Vernarbung hindernden Haare zu entfernen. Die Reaktion seitens der Haut ist unbedeutend: letztere rötete sich leicht, schält sich, ist gespannt und etwas gedunsen. Nach 1½ Monaten waren sämtliche Haare am Kinne und am Halse verschwunden. 2½ Monate darauf konnte man konstatieren, dafs kein einziges Haar mehr nachgewachsen war. Die Haut ist etwas zarter als vorher, im übrigen erscheint sie normal.

Kümmell behandelte auch erfolgreich Naevus durch die X-Strahlen.

Die a priori auf den therapeutischen Effekt der X-Strahlen mittelst der Epilation bei Favus und Sykosis gehegten Hoffnungen sind in den Händen von Freund leider nicht in Erfüllung gegangen.

Albers-Schönberg und Ziemssen behandelten jedoch mit Erfolg Favus durch dieselben.

Schiff hatte Erfolg von den X-Strahlen bei Hypertrichosis in 17—30 kurzen Sitzungen. Um dem neuen Auswachsen der Haare vorzubeugen, empfiehlt er Sitzungen alle 3—4 Wochen zu wiederholen.

Colleville giebt an, ohne die Zahl der Beobachtungen, auf die er sich stützt, zu nennen, dafs, ähnlich wie man variköse Geschwüre mit Hitze und Licht behandelt, man dieselben auch mit den X-Strahlen behandeln kann. Indem der Autor sich einer einen Funken von 0,15 m gebenden Vorrichtung bediente, lagerte er das Geschwür in einer 0,5 m weiten Entfernung von der Crookesschen Röhre, dann näherte er aber allmählich bis auf 0,15 m das Bein entsprechend der Verminderung der Strahlenquelle. Jede Sitzung dauerte ½ Stunde.

Pochitonowa berichtete über die glänzenden Erfolge, welche von ihr in drei Fällen äufserst hartnäckigen Akneausschlages bei nervösen Mädchen mittelst der X-Strahlen erzielt wurden.

Hahn, Albers-Schönberg, Schiff und Ziemssen bekamen befriedigende Resultate von X-Strahlen bei der Therapie des Eccema chronicum; Ziemssen und Albers-Schönberg bei der Psoriasis; Sorel und Soret bei Elephantiasis der rechten Hand bei einem 14jährigen Mädchen; Gocht bei Ephelides.

2.

Schädliche Nebenwirkungen, welche durch die X-Strahlen in der gesunden Haut und deren Adnexa hervorgerufen werden.

Die Mehrzahl der in neuester Zeit publizierten Fälle von schädlichem Einflufs der X-Strahlen auf die Haut gehört in die Kategorie der Dermatitiden, welche mit Nekrose, Abscessen etc. einhergehen.

Apostoli teilte einen höchst interessanten Fall von schwerer mit Nekrose der Haut komplizierter Dermatitis nach zweimaliger Anwendung der X-Strahlen mit.

Below veröffentlichte einen Fall von Hautentzündung nach Anwendung der X-Strahlen, erzeugt durch unvorsichtige Näherung gegen die Crookesssche Röhre zu. Die Kranke mit Hirsuties der Oberlippe und des Kinnes war, trotz des Verbotes, während einer Sitzung der Röhre so nahe gekommen, daſs auf sie die Funken sprangen. In derselben Nacht traten bei ihr sehr starke Schmerzen im Gesicht auf, und am darauffolgenden Tage entwickelte sich eine von einer Anschwellung begleitete erysipeloide Entzündung in der unteren Gesichtshälfte. Kinn und Oberlippe zeigten Bläschen, die bald in Pusteln und dann in eine geschwürige mit einem eiterigen Schorfe bedeckte Oberfläche übergingen; dieselbe gelangte erst nach mehr als zwei Wochen zur Heilung.

Bronson teilte einen eine 30jährige Frau betreffenden Fall mit, welche behufs Untersuchung der Hüfte fünfmal der Durchleuchtung unterworfen wurde, wobei die Pausen jedesmal mehrere Tage und jede Sitzung ca. 1 Stunde dauerte. Ungefähr zwei Wochen danach bemerkte Patientin einen Ausschlag von roten Papeln, dann von dunkelroten Flecken, worauf sich eine in die Tiefe gehende Geschwürsfläche bildete, welche nach drei Monaten noch keine Tendenz zur Vernarbung zeigte. Die Ulceration nimmt die mittlere Bauchgegend ein, besitzt eine etwas graue Farbe, ist mit roten Punkten besät und sondert eine geringe Menge Sekret ab. Ringsherum findet sich eine glatte atrophische Oberfläche. Die Schmerzen bestehen in einem Gefühl von gegen die Hüften und Bauch ausstrahlendem Brennen. Die Haare am Mons veneris fielen aus, wuchsen jedoch später wieder. Alle lokalen Behandlungsmethoden kamen zur Anwendung, doch ohne jeden befriedigenden Erfolg. — Lustgarten bemerkt, daſs eine frappante Analogie dieser Affektion mit denjenigen vorhanden ist, welche nach dem Auftreten gangränöser Flecke auf dem Boden der Hysterie erscheinen.

Radet und Bertin Sans bewirkten durch Verwendung starker Ströme des Röntgenschen Apparates bei Kaninchen Haarausfall und umfangreiche Geschwüre.

Destot teilte eine Beobachtung über einen Kranken mit, der trophische Störungen der Haut in Form eines erythematösen Fleckes um den Nabel herum darbot; das Erythem entstand zwei Wochen nach der aus Anlaſs der Pottschen Krankheit in der Kreuzgegend ausgeführten Radiographie.

Elliot berichtete, daſs er Gelegenheit hatte, eine interessante, die X-Strahlen betreffende Thatsache kennen zu lernen. Es waren behufs Röntgenisation zwei Knaben täglich zwei Wochen hindurch zum Zwecke

der Durchleuchtung der Rippen und der Brust den X-Strahlen ausgesetzt worden. 2—3 Wochen später traten auf der Haut der radiographierten Partien Ausschläge auf, die an eine Erkrankung durch Verbrennung erinnerten. Die in Ulceration übergegangenen Ausschläge heilten unter einfacher Behandlung rasch. — PIFFARD meint, daſs die von ELLIOT mitgeteilten Fälle höchst lehrreich erscheinen, indem dieselben uns warnen, die Durchleuchtung in Zukunft nicht eher anzuwenden, als wir ihre physiologische Wirkung näher kennen gelernt haben.

GAGE bereichert die auf die Frage von der Schädigung der Haut durch die X-Strahlen sich beziehende Litteratur mit einer neuen Mitteilung. Bei dem Kranken entwickelte sich nach Einwirkung der X-Strahlen ein Erythem und es bildete sich auf der Haut ein Schorf. GAGE rät deshalb dringend, die X-Strahlen nur mit groſser Vorsicht anzuwenden.

LANNELONGUE erwähnte einen Patienten, dessen Brust nach RÖNTGEN photographiert worden war und bei dem an der Stelle, wo die Strahlen eingewirkt hatten, ebenso auch etwas weiter von derselben, sich Abscesse entwickelten. Doch will der Autor, da der eitrige Inhalt dieser Abscesse bakteriologisch nicht untersucht wurde, nicht behaupten, daſs dieselben thatsächlich unter dem Einfluſs der X-Strahlen entstanden sind.

LUSTGARTEN hielt einen Vortrag über eine durch die X-Strahlen hervorgerufene Dermatitis. Patientin, 54 J. alt, von kräftigem Körperbau, anscheinend gesund. Die äuſseren Bauchdecken waren zweimal der Durchleuchtung unterworfen, die mit zweiwöchentlicher Pause zweimal im Laufe des Tages in $^1/_4$—$^1/_2$stündigen Sitzungen ausgeführt wurde. Ungefähr zehn Tage nach der letzten Sitzung trat in dem bestrahlten Gebiete eine Ulceration auf, die von intensiven Schmerzanfällen begleitet war, welche mehrere Male des Tages sich einstellten und oft die ganze Nacht, der Patientin den Schlaf raubend, anhielten. Dem Auftreten der krankhaften Erscheinungen gingen Rötung und leichte Auftreibung der affizierten Stelle voraus. Trotz der durch vier Monate fortgesetzten therapeutischen Maſsnahmen blieb der Zustand der Kranken in statu quo. LUSTGARTEN sah die Patientin ungefähr vier Monate nach dem Beginne der Erkrankung wieder und fand unmittelbar unter dem Nabel einen den darunterliegenden Geweben dicht aufsitzenden, trockenen, lederartigen Schorf. Es wurden Umschläge mit Liquor Burowi ordiniert, welche die Schmerzen bedeutend linderten, doch brachten dieselben, trotz zwei Wochen langer Anwendung, keine Veränderungen im äuſseren Aussehen der affizierten Hautstelle zu Wege. — KLOTZ schlug Behandlung mit Wannenbädern vor, und LUSTGARTEN bemerkte, daſs in diesem Falle eine bedeutende Linderung durch Umschläge eintrat, während Kokain u. dergl. enthaltende Salben nicht im mindesten nützten. Nach der Äuſserung des Verfassers erscheine diese

Beobachtung als einzige ihrer Art. — Jüngst hatte LUSTGARTEN Gelegenheit, einen anderen derartigen Fall zu beobachten. Bei der Patientin waren die Nägel erkrankt; ihrem Sohne, der sich mit Elektrizität beschäftigt, fiel es ein, die alten Nägel zu entfernen und das Wachsen der neuen mittelst der X-Strahlen zu beschleunigen. Dies hatte eine sehr intensive Entzündung der Haut an den Fingern, starke Schmerzen, das Abfallen der Nägel und nach einigen Wochen eine Ankylose der Gelenke der Endphalangen zur Folge.

MIES beschreibt einen Fall von Dermatitis, verursacht durch unvorsichtige Anwendung der X-Strahlen. Der Homöopath behandelte damit eine Lähmung des Nervus facialis rheumatischen Ursprungs, indem er während ca. zwei Wochen zweimal täglich die Durchleuchtung in Sitzungen von je 10 Min. Dauer vornahm. Die CROOKESsche Röhre befand sich 1 cm von der Haut der Kranken entfernt. Zwei Wochen danach rötete sich die Wange und schwoll an. Die Entzündung der Haut und die Schwellung nahmen progressiv zu. Das Tast-, Kälte- und Faradisationsgefühl waren an der affizierten Stelle abgeschwächt. (Die Facialislähmung wurde jedoch durch die X-Strahlen nicht geheilt, sondern verharrte in statu quo.)

PLONSKI veröffentlichte einen durch die X-Strahlen erzeugten Fall von schwerer Dermatitis. Die verheiratete, gut gebaute Kranke hat an der rechten unteren Bauchhälfte ein grofses, flaches, mit regelmäfsigen, gezackten Rändern versehenes, von einer dünnen Schicht eines fibrinös-eitrigen Belags umhülltes Geschwür; an der Peripherie desselben fanden sich mehrere kleinere Ulcerationen ebensolcher Art, die auf der geröteten infiltrierten Haut inselartig zerstreut liegen, aufserdem zahlreiche mit Eiter gefüllte kirschkerngrofse Bläschen. Die benachbarte Haut ist dunkelbraunrot gefärbt und von zahlreichen, flachen, knötchenförmigen, nadelkopf- oder erbsengrofsen Infiltraten bedeckt. Die Krankheit entwickelte sich bald nachdem Patientin, die sich im letzten Drittel der Schwangerschaft befand, zu diagnostischen Zwecken einer Untersuchung mittelst der X-Strahlen unterzogen wurde. Die Sitzung dauerte $^1/_2$ Stunde; der Abstand der Röhre vom Körper der Kranken betrug $^1/_2$ m. Am folgenden Tage verspürte Pat. an der röntgenisierten Stelle heftiges Jucken und Brennen. Die Haut rötete sich im Verlaufe des Handtellers, dann traten bald Knötchen und Bläschen auf, welche eiterten und platzten, indem sich Geschwüre bildeten. Die Kranke genas erst nach einem halben Jahre.

ROBINSON teilte einen Fall von X-Strahlen-Dermatitis mit. Der Kranke wurde der Wirkung der letzteren ausgesetzt, um eine Kugel, deren Sitz man im Thorax vermutete, ausfindig zu machen. Er wurde $4^1/_2$ Min. lang röntgenisiert, darauf folgte Photographierung während 14 Min. Nach fünf Tagen trat eine empfindliche Rötung der Haut auf,

die allmählig stärker wurde und in Nekrose der oberflächlichsten Schichten des erkrankten Bezirkes ausging. An der Peripherie des letzteren sind feste, dunkel gefärbte Papeln sichtbar, von denen mehrere von Haaren durchbohrt sind. — FORDYCE meint, die einzige rationelle Behandlung müsse in der Entfernung des die Geschwürsoberfläche bedeckenden Schorfes mittelst des Messers bestehen.

RYAN demonstrierte in der dermatologischen Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland eine Kranke mit einer durch die X-Strahlen bewirkten Hautentzündung. Die Dermatitis entstand vor einem Monate und verursachte der Patientin bedeutende Schmerzen. Zur Zeit läfst sich eine scharf begrenzte Pigmentation und Anschwellung wahrnehmen. — ABRAHAM hebt hervor, dafs am interessantesten im vorliegenden Falle der Umstand erscheine, dafs in der Haut der affizierten Teile noch einige Haare erhalten geblieben sind.

STEVENS schildert Hautaffektionen bei mit Aktinographie sich befassenden Personen, welche den reizenden Eigenschaften der X-Strahlen ihre Entstehung verdanken. Einer der Patienten des Autors bekam ein Erythem und Schwellung der Haut der Augenlider, Oberlippe und Nasenflügel, der Haut an der Handwurzel und an den Handwurzelgelenken.

THOMSON berichtet von zwei Fällen der schweren Röntgendermatitis, die aus dem Laboratorium EDISONS stammen.

Die Fälle der Dermatitis von den X-Strahlen sind auch von SCHMIDT, THOMAS und DALE publiziert.

LEVY-DORN und GOCHT beschreiben Fälle einer bei der Aktinographie entstandenen Röntgendermatitis, die Gerichtsprozesse veranlafsten infolge von Anklagen wegen fahrlässiger Körperverletzung durch X-Strahlen.

Aufser den Hautentzündungen rufen die X-Strahlen Alopecie hervor.

BARDET teilte einen Fall mit, wo der Kranke nach einer längeren zum Nachweis der Anwesenheit einer Kugel geschehenen Sitzung einer starken CROOKESschen Röhre gegenüber, wobei sein ganzer Kopf der Durchleuchtung unterzogen wurde, das Haar verlor.

BERGER berichtete von einem an akutem Haarausfall leidenden Patienten, welcher binnen einer Nacht sich entwickelte und nach Durchleuchtung des Kopfes auftrat.

CHALUPECKY erhielt, indem er die X-Strahlen auf die Haut der linken Gesichtshälfte eines Kaninchens richtete, nach 18 Sitzungen (im ganzen 24 Stunden Durchleuchtung) in der Haut der ganzen Gesichtshälfte eine totale Alopecie. Aufserdem bildeten sich auf der Haut Krusten, bei deren Entfernung sich eine unerhebliche Blutung zeigte.

CHARMIL citiert eine Beobachtung von DAMIL. Verlust des Haares bei einem Mädchen, dessen Kopf behufs Konstatierung einer Revolverkugel eine Stunde lang der Durchleuchtung unterzogen wurde. — Der-

selbe führt eine Selbstbeobachtung von HAWCKS an. Die Haare der mit X-Strahlen behandelten Hautteile fielen aus, dann fiel auch das Haupthaar aus. Infolge dieses Umstandes sah sich der Experimentator genötigt, von dem Umgang mit den X-Strahlen Abstand zu nehmen.

Eine in dieselbe Kategorie gehörende Selbstbeobachtung teilte E. LESSER mit. Er stellte folgenden Versuch an: Nachdem er seine Hand mit einer Bleimanschette umhüllt hatte, in welcher sich eine thalergroſse Öffnung befand, röntgenisierte er die Hand während 1/4 Stunde; und nach ca. drei Wochen fielen die Haare an der entsprechenden Stelle aus. Doch sind dieselben in kurzer Zeit wieder nachgewachsen.

GAGE beobachtete nach Anwendung der X-Strahlen eine hartnäckige Alopecie.

MILS sah in dem oben von uns citierten Falle von miſslungener Behandlung einer rechtsseitigen Facialislähmung starkes Ausfallen der Haare vor und über dem rechten Ohre eintreten.

DESPEIGNES publizierte eine Beobachtung L. VOIGTS, in der nach der 80. Sitzung der Durchleuchtung (zweimal täglich je 1/4—1/2 Stunde) die Haut der linken Halsseite des Kranken, auf welche die X-Strahlen eingewirkt hatten, schwarz und einer Negerhaut ähnlich wurde; eine gleiche Verfärbung entstand auf der anderen Seite, nachdem diese ebenfalls röntgenisiert wurde. Dieser Fall betrifft einen alten Mann von 83 J., der an Zungenkrebs litt und infolge einer Lungenentzündung starb; es lieſs sich bei ihm eine bedeutende Besserung nach Anwendung der X-Strahlen wahrnehmen, die sich auf des Aufhören der Schmerzen bezog und sechs Wochen hindurch, beinahe bis zum Tode, anhielt.

In der oben von uns citierten Selbstbeobachtung von HAWCKS machte sich eine Vertrocknung der Epidermis bemerkbar, welch' letztere das Aussehen von einer durch die Sonnenstrahlen herbeigeführten Verbrennung annnahm.

P. G. UNNA empfiehlt, um der unangenehmen Nebenwirkung der X-Strahlen zu entgehen, diejenigen benachbarten Hautstellen, welche dem therapeutischen Einflusse nicht unterworfen werden müssen, durch Zinkleim mit 10% Zinnober und Wismutoxychlorid zu schützen (statt der jetzt gebräuchlichen höchst unbequemen und nicht nach Wunsch zu bemessenden durchlöcherten Blei- oder anderen Metallplatten). Der Leim wird in dicker Schicht aufgetragen und wie gewöhnlich mit Watte bedeckt. Insbesondere wird dieser Leim für die Hände derjenigen Techniker empfohlen, die infolge ihres Berufes mit X-Strahlen arbeiten und eine Idiosynkrasie gegen dieselben besitzen. Ob derselbe in der Umgebung des Lupus im Gesicht und am Kopfe vor den bisher in Gebrauch stehenden Metallplatten den Vorzug verdient, wird die Praxis zeigen.

Bei der Anstellung seiner Versuche stützte sich UNNA auf die WALTERschen[1] Untersuchungen über die Undurchgängigkeit verschiedener Substanzen für die X-Strahlen.

3.

Experimentelle und mikroskopische Untersuchungen, betreffend die Frage vom Einflusse der X-Strahlen auf die gesunde und kranke Haut.

WOYZECHOWSKI publizierte eine Arbeit über den Einfluſs der X-Strahlen auf die Haut, in welcher gewisse leitende Gesichtspunkte mit Konsequenz durchgeführt sind. Der Autor stellte sich die Aufgabe, durch Versuche an Tieren diejenige Wirkung zu erzielen, welche manche nach den mit den X-Strahlen vorgenommenen Sitzungen beobachteten, d. h. in erster Linie die Entzündungserscheinungen an der Haut und das Ausfallen der Haare. Den Umstand in Betracht ziehend, daſs gleichzeitig mit den X-Strahlen sowohl die von der Oberfläche der CROOKESschen Röhre ausgehende Elektrisation als auch die Lichterscheinungen mitwirken, führte Verfasser seine Versuche an Kaninchen in der Weise aus, daſs man infolge des Ausschlusses von Nebenwirkungen: 1. die reine Wirkung der X-Strahlen, 2. deren Wirkung ohne jede Beseitigung von Nebenerscheinungen und 3. die Wirkung der letzteren (d. h. der Elektrisation und der Lichterscheinungen) unter möglichem Ausschluſs der X-Strahlen studieren konnte. Es ergab sich, daſs in allen den Fällen, wo nur die X-Strahlen zur Wirkung gelangten, an den Kaninchen gar keine schädlichen Folgen zu beobachten waren, auch nicht nach 28—34stündiger Einwirkung der Strahlen. Wenn aber die X-Strahlen mit allen sie begleitenden Erscheinungen wirkten, so begann der schädliche Einfluſs sich bereits nach 3—12 Stunden zu äuſsern. Besonders in die Augen springend ist der Versuch, in welchem das Kaninchen, vorher der Wirkung der reinen X-Strahlen resultatlos ausgesetzt, anfing kahl zu werden, sobald es die Wirkung der X-Strahlen ohne Beseitigung der Nebenerscheinungen ertragen muſste.

LECERCLE fand, daſs die Wärmeausstrahlung des Körpers von den X-Strahlen gesteigert wird und daſs diese Erhöhung noch lange nach aufgehobener Einwirkung fortbesteht. Er fand auch, daſs die Hautausdünstung eine Herabsetzung erfährt, die gleichfalls längere Zeit über die Bestrahlungsdauer hinaus anhält.

P. G. UNNA untersuchte mikroskopisch ein Stückchen von einer Haut, welche wiederholt der Wirkung der X-Strahlen ausgesetzt worden war. Die Färbung war eine braune und verdankte, wie sich erwies, ihre Ent-

[1] WALTER, B., *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.* Bd. I, S. 143, 1898.

stehung einer reichlichen Ansammlung von Pigment in den oberen Schichten des Coriums, während das Epidermoidalpigment unvermehrt blieb. Die wesentliche histologische Veränderung der Haut bestand in einer Degeneration der Bindegewebsfasern, in der Aufquellung, Spaltung und Umbildung in basophile Fasern, d. h. solche, die basische Farben (Safranin) in sich aufnehmen und festhalten.

Oudin, Barthélemy und Darier erhielten bei histologischer Untersuchung der Haut einer Extremität vom Meerschweinchen, bei dem mit Hülfe der X-Strahlen Alopecie herbeigeführt wurde, folgendes: Die ausfallenden Haare zeigen einen vollen Bulbus, aber keine sehr ausgesprochene Atrophie ihres bulbären Teils. Ganz bedeutend sind dagegen die Zerstörungen an der Epidermis und den Haarfollikeln, während Cutis und Gefäfse wiederum nur in geringem Grade zu leiden haben. Die Verdickung der Epidermis in allen ihren Schichten, die ungeheure Vermehrung des Keratohyalin und die ganz aufserordentliche Atrophie der Follikel lassen sich alle sehr gut als Reaktion gegen einen Reiz von ungewöhnlicher Stärke auffassen. Dieser Reiz scheint die Vitalität der am wenigsten differenzierten Hautelemente zu erhöhen; die differenzierten Elemente dagegen, Haare, Nägel und Drüsen, verfallen der Rückbildung und der Atrophie. Ob es sich bei dieser letzteren um nervöse Einflüsse, um Gefäfsobliterationen oder sonstige Kreislaufstörungen u. s. w. handelt — darüber wissen wir bis jetzt noch nichts. Die veränderte Struktur, die die Haut des Meerschweinchens nach Einwirkung der X-Strahlen gewinnt, kommt übrigens normalerweise auch an anderen Stellen des Tieres vor, so z. B. an der Ferse, wo die Epidermis auch im gesunden Zustande bekanntlich ebenso dick ist, und wo die Körnerschicht fast eben so viel Keratohyalin enthält, der Haare und Drüsen aber ganz entbehrt. Ein Unterschied ist nur insofern vorhanden, als man hier Epidermiskegel, Andeutungen von Follikeln findet, die Keratohyalinkörper unregelmäfsig und auch die Papillen nicht ganz gleichmäfsig sind.

Im Gegensatz zu diesen Autoren fand Zehmann bei mikroskopischer Untersuchung der Haare des Kranken im oben von uns citierten Falle von Freund (Naevus pigmentosus piliferus) eine Auftreibung und Atrophie (von ersterer übrigens mehr) der Haarwurzeln.

4.

Erklärung der physiologischen und therapeutischen Wirkung der X-Strahlen auf die Haut.

Vom Wesen der Wirkung der X-Strahlen haben wir noch keinen klaren Begriff. In dieser Beziehung stellt die Frage einen vollkommen unbearbeiteten Boden dar. Jeder Autor hat seine eigene Anschauung über das physiologische Wesen der X-Strahlen.

Bowles hält die X-Strahlen für gewöhnliche durch Reflexion veränderte Lichtstrahlen.

Im Gegensatz zu diesem Autor meint Destot, daſs trophische Störungen, die durch die X-Strahlen in der Haut hervorgerufen werden, weder mit einer durch die Sonne, noch mit einer durch Hitze verursachten Verbrennung verglichen werden können, da dieselben stets einer gewissen Inkubationsperiode bedürfen.

Elliot erwähnt in seinem Vortrage jene Versuche, welche zeigten, daſs die Sonnenverbrennungen nicht durch Wärmestrahlen der Sonne, sondern durch chemische und namentlich die violetten Strahlen bedingt werden. Durch Ausschluſs der Wirkung dieser letzteren Strahlen konnte man der Verbrennung vorbeugen. Wenn wir uns nun daran erinnern, daſs von den Crookesschen Röhren eine groſse Menge violetter Strahlen ausgehen, so werden wir aller Wahrscheinlichkeit nach die Erklärung in der ätzenden Wirkung dieser Strahlen auf die Haut finden.

Piffard führt in den sehr lehrreichen Debatten, die sich daran anknüpfen, folgendes aus. Elliot sagt, die X-Strahlen seien violette Strahlen; dem ist jedoch nicht so, denn es ist bis zur Zeit noch nicht genau bekannt, was dieselben eigentlich darstellen. Der Unterschied zwischen violetten und ultravioletten Strahlen einerseits und den X-Strahlen andererseits liegt darin: violette und ultraviolette Strahlen werden gebrochen, jene nicht. Die Behauptung Elliots, daſs wir durch die Beseitigung der violetten Strahlen die Wirkung der Hitze eliminieren — ist ebenfalls nicht richtig. Vor mehr denn 50 Jahren zeigte John W. Draper, daſs die Wärmestrahlen an demjenigen Ende des Spektrums, wo die geringste Brechung stattfindet, nämlich am ultraroten, sich ansammeln. Der Opponent sagt, daſs ihm die Versuche, auf die Elliot hinweist, wobei sämtliche Strahlen, mit Ausnahme der roten und violetten, ausgeschaltet wurden, bekannt sind. Indem man ein rotes Glas einschiebt, ist man imstande, auch die ultraroten Strahlen, welche stärker sind als die roten, auszuschlieſsen. Der daraus gefolgerte Schluſs ist, daſs der Sonnenbrand nicht ausschlieſslich von Wärmestrahlen der Sonne herrühre. — Elliot erklärte zuletzt, Piffard hätte ihn nicht richtig verstanden. Er dächte gar nicht daran, zu behaupten, daſs die X-Strahlen und violette Strahlen dasselbe seien; sich auf die Autorität des Prof. Bucks stützend, habe er geäuſsert, daſs aus den Crookesschen Röhren eine groſse Menge violetter Strahlen ausgehe. Ferner dächte er auch nicht daran, die Behauptung aufzustellen, die violetten Strahlen und Wärmestrahlen seien dasselbe. Er hätte einfach Wärmestrahlen und rein chemisch wirkende Strahlen voneinander unterschieden. Er behaupte eben, daſs die Sonnenverbrennung von chemischen, nicht aber von Wärmestrahlen herrührt.

Gocht hält dafür, daſs die Wirkung der X-Strahlen, wie dies früher

schon WILLIAM CROOKES[2] hervorgehoben hat, als individuell höchst verschieden sich darstelle, daſs man nach der Stärke des Stromes des RÖNTGENschen Apparates die in der Haut auftretenden Veränderungen noch nicht bestimmen kann. So entwickelt sich bei dem einen eine Dermatitis rasch, bei dem andern dagegen langsam. GOCHT hält oft die CROOKESschen Röhren in den Händen, die Strahlen wirken auf ihn in gar keiner Weise, die Haare an den Händen fallen bei ihm nie aus, und überhaupt bemerkte er nie was Besonderes; dagegen sind ihm solche Fälle bekannt, wo die Haut der Innenseite der linken Hand ganz verändert wurde, und zwar bekam man den Eindruck, als wenn die verhornte Schicht verdickt wäre, die Haut ist glänzender, bedeutend pigmentiert (enthält zuweilen schwarze Pigmentflecke), zeigt Aufsprünge, giebt die Empfindung von Trockenheit und leicht erhöhter Temperatur, wobei subjektiv das Gefühl von Spannung in derselben besteht.

MEISSNER vertritt die Ansicht, daſs das Ekzem und das Ausfallen der Haare nur durcht die X-Strahlen selbst bedingt seien.

REVILLET erörtert die Frage, ob der auf den äuſseren Hautdecken unter dem Einfluſs der X-Strahlen entstehende Ausschlag eine Folge der Erwärmung ist und nicht durch eine eigenartige molekulare Wirkung der Strahlen auf die Haut hervorgebracht wird. Verfasser nahm Messungen der Hauttemperatur vor und fand dieselbe in den Bezirken, wo die X-Strahlen eingewirkt hatten, nicht vermehrt. In hohem Grade interessant erscheint im Falle REVILLETS der Umstand, daſs das Erythem beim Kranken sich auch am Rücken entwickelte, während nur dessen Brust röntgenisiert wurde. Daraus geht natürlich hervor, daſs die Hautaffektion durch Erwärmung zu stande kommt. Bemerkenswert ist in dem betreffenden Falle, daſs der Ausschlag sich beim Kranken entwickelte, trotzdem die Hautdecken während der Bestrahlungen von den Kleidern bedeckt blieben.

BALTHAZARD und FOVEAU DE COURMELLES sind nunmehr darüber einig, daſs die an der Oberfläche des menschlichen Körpers entstehenden Störungen nicht auf die Einwirkung der X-Strahlen, sondern auf den Einfluſs der die thätige Vacuumröhre umgebenden elektrischen Zone zurückzuführen seien. Die trophischen Störungen blieben denn auch aus, wenn zwischen die Röhre und den zu bestrahlenden Körper ein mit dem Erdboden in leitender Verbindung stehender dünner Aluminiumschirm eingeschaltet wurde. BALTHAZARD konnte dieselben üblen Zufälle beobachten, wenn der elektrische Strom in verkehrtem Sinne durch die Vacuumröhre geleitet wurde (wobei die Erzeugung von X-Strahlen so

[2] Die Debatten anläſslich des Vortrages von LANNELONGUE in der französischen Akademie der Wissenschaften (s. d. Litteratur — LANNELONGUE).

gut wie ganz aufhört) und wenn der Körper nicht der Röhre, sondern den Leitungskabeln ausgesetzt wurde. Allerdings sind die genannten Autoren über den Mechanismus der Entstehung dieser Hauterkrankungen nicht einig. Foveau de Courmelles beschuldigt hauptsächlich die langsamen Entladungen des Unterbrechers, wie sie vorzüglich für die Aktinographie angewandt werden, während er bei sehr häufigen Unterbrechungen nie ernstlichen Schaden gesehen hat. Balthazard spricht die entgegengesetzte Ansicht aus. Letzterer schreibt aufserdem einem zu hochgradigen Leerezustand der Röhre eine wichtige Rolle für die Wirkungsstärke der schuldigen elektrischen Zone zu.

Gocht gelangt, indem er die therapeutischen Erfolge bei Lupus bespricht, zu der Anschauung, dafs der Einflufs der künstlich erzeugten, nicht infektiösen, unschädlichen Entzündung, welche, wie es anzunehmen ist, das Unterhautzellgewebe erreicht, Vernichtung der Tuberkelbacillen mit Ausgang in Heilung zur Folge habe. In vollem Einklang mit Gochtscher Anschauung stehen die Beobachtungen, wo Lupuskranke an Erysipel erkrankten und unter dem Einflusse des letzteren der infektiöse Entzündungsprozefs stillstehen blieb und die lupösen Bezirke sich rasch mit Epidermis überzogen. Verfasser glaubt, dafs zur Zeit seine Erklärung als die richtigste und am meisten ungezwungene erscheint. Was nun die bereits mehrmals berührte Frage, „was denn die X-Strahlen, die in der Haut Entzündungserscheinungen hervorrufen, an sich darstellen“, betrifft, so ist Gocht der Meinung, dafs gegenwärtig dies gar nicht zu erklären sei. Das Licht und die Wärme der Crookesschen Röhre sind mit Recht ausgeschlossen. Wenn es sich nur um einen direkten Übergang von hochgespannten Strömen die Röhre entlang, welcher Übergang thatsächlich statt hat und wofür die Gochtschen Beobachtungen mittelst Isolierung sprechen könnten, handeln würde, so könnte die Entzündung erregende Wirkung auch ohne die Röntgensche Röhre hervorgerufen werden. Es gab doch und auch jetzt giebt es viele Personen, die mit hochgespannten Strömen oder in der Nähe solcher arbeiten, von denen aber nicht bekannt ist, dafs sie an Dermatitis zu leiden hätten. Es ist sehr möglich, dafs die X-Strahlen, ähnlich wie auf der photographischen Platte, chemische Veränderungen in der Tiefe der Gewebe und in den Gefäfswänden verursachen.

Kaposi sucht die Wirkung der X-Strahlen bei den Hautkrankheiten in der aktiven und passiven Hyperämie der Hautgefäfse; aufserdem scheinen die Entzündungsprodukte Degeneration einzugehen und danach zur Resorption zu kommen.

Plonski konstatiert, indem er die eigentliche Ursache der Dermatitis bei Anwendung der X-Strahlen festzustellen sucht, dafs die Meinungen der Autoren in dieser Hinsicht noch weit auseinandergehen. Eine sehr

nahe Entfernung der CROOKESschen Röhre vom Körper, eine zu lang dauernde Sitzung und endlich eine gewisse Prädisposition der Haut spielen offenbar eine gewisse Rolle in der Ätiologie der Krankheit. Die Entzündung in seinem oben erwähnten Falle nach einmaligem Gebrauche der X-Strahlen führt Verfasser auf die übermäfsige Dehnung der äufseren Hautdecken infolge der Gravidität zurück.

Die Schlufsfolgerungen WOYZECHOWSKIS betreffs dieser Frage s. oben.

Für den günstigen Einflufs der X-Strahlen auf den lupösen Prozefs kann SCHIFF keine befriedigende Erklärung finden. Jedenfalls wagt er es nicht, einen direkt zerstörenden Einflufs derselben auf die Tuberkelbacillen entschieden zuzulassen. Die geschilderten Prozesse liefsen sich in einfacherer Weise durch die Annahme erklären, dafs die durch die X-Strahlen verursachte starke Entzündung, welche zunächst in den tieferen Lagen der Haut ihren Anfang nimmt, als solche ausreicht, um die Lebensbedingungen und damit auch das weitere Gedeihen der Mikroorganismen zu hemmen.[3]

Den Grund für das Ausfallen der Haare nach der Bestrahlung sehen SCHIFF und FREUND in der durch die X-Strahlen gesetzten Alienation in der Ernährung und Funktion der Haarpapillen, ohne dafs eine elektive Wirkung der X-Strahlen auf die Haarpapillen angenommen wird.

Zum Schlusse erlauben wir uns hier folgende allgemeine Deduktionen auf Grund der vorliegenden Übersicht der neueren Litteratur anzugeben:

1. Die X-Strahlen leisten in der Dermatotherapie gute Dienste hauptsächlich bei Lupus vulgaris, ferner bei Eccema chronicum, bei der Entfernung der Haare in Fällen von Naevus und in einzelnen Fällen bei varikösen Geschwüren des Unterschenkels, Acne vulgaris, Lupus erythematodes, Hypertrichosis, Favus, Psoriasis, Elephantiasis und Ephelides.

2. Bei Anwendung der X-Strahlen werden sehr häufig schädliche Nebenwirkungen, und zwar zumeist Dermatitis von verschiedenem Entwickelungsgrade (kompliziert durch Nekrose, Abscesse etc.), ferner Alopecie und in einzelnen Fällen Dunkelwerden der Haut und Eintrocknung der Epidermis beobachtet.

Man gewinnt also in den X-Strahlen bei deren vorsichtiger Verwendung eine dankbare Therapie für einige Dermatosen; weitere Versuche nach dieser Richtung hin wären sehr wünschenswert.

---

[3] In Berücksichtigung der Fähigkeit der X-Strahlen, in die Tiefe der Gewebe vorzudringen, kamen wir auf den Gedanken, Untersuchungen über den Einflufs dieser Strahlen auf reine Gonokokkenkulturen (wir versuchen uns der CHRISTMASschen Methode zu bedienen. *Annales de l'Institut Pasteur*, No. 8, 1897) und dann auf die akute und insbesondere auf die chronische Gonorrhoe des männlichen harnleitenden Kanals vorzunehmen.

Litteratur.

ALBERS-SCHÖNBERG. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.* 1898. Bd. I, Heft 2 u. 3, S. 72. — Derselbe. Ibidem. Bd. II, Heft 1, S. 20.

APOSTOLI. Verhandlungen des XII. Internationalen Ärzte-Kongresses zu Moskau. Sektion für Haut- und Geschlechtskrankheiten. (Sitzung 14./26. Aug. 1897.)

BALTHAZARD. Société de biologie. 17. VII. 1897. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II, Heft 1, S. 40.

BARDET. Société de médecine de Lyon. (Sitzung 31. Mai 1897.) *Journ. des malad. cutan. et syphilit.* 1897. 3. Sér. T. IX, No. 6, S. 377.

BEHREND, G. Verhandl. der Berliner mediz. Gesellsch. (Sitzung 8. Dezember 1897.)

BELOW. *Münch. med. Wochenschr.* 1. März 1898. — Derselbe. Verhandl. der Berliner mediz. Gesellsch. (Sitzung 2. März 1898.) *Les Rayons X.* 1898. No. 9, S. 3.

BERGER. Verhandl. der Berliner dermatolog. Gesellsch. (Sitzung 1. Juni 1897.) *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1897. Bd. XLI, Heft 1, S. 88.

BOWLES, ROBERT S. *Camera club Journ.* April 1896.

BRONSON, E. B. New York dermatological Society. (Sitzung 27. April 1897.) *Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Diseases.* Oktober 1897. Vol. XV, Wh. No. 181, S. 478.

CHALUPECKY. *Centralbl. f. Augenheilkde.* August u. September 1897.

COLLEVILLE, G. *L'Union méd. du Nord-Est.* 30. August 1897.

DALE. *Med. News.* 1897. I, S. 111.

DAMIL. Nach CHARMIL. *Echo méd. du Nord.* 1897. S. 37.

DESPEIGNES, V. *Lyon méd.* 20. Dezember 1896.

DESTOT. Société de médecine de Lyon. (Sitzung 31. Mai 1897.) *Journ. des malad. cutan. et syphilit.* 3. Sér. T. IX, No. 6. 1897.

ELLIOT. New York dermatol. Society. (Sitzung 19. Oktober 1896.) *Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Diseases.* Februar 1897. Vol. XV, Wh. No. 173, S. 89.

FIORENTINI. Nach SCHIFF. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1898. Bd. XLII, Heft 1, S. 13.

FOVEAU DE COURMELLES. Société de biologie. 17. VII. 1897. *Arch. d. électr. méd.* 15. XI. 1897. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II, Heft 1, S. 40.

FREUND, LEOPOLD. Verhandl. d. XII. Internat. Ärzte-Kongresses. Sektion f. Haut- u. Geschlechtskr. (Sitzung 13./25. August 1897.) — Derselbe. *Wien. med. Wochenschr.* 1887. No. 10 u. 19.

GAGE, W. V. *Med. Record.* 29. August 1896.

GOCHT, HERMANN. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* 1897. Bd. I, Heft 1, S. 14. — Derselbe. Ibidem. Bd. II, Heft 3, S. 110. — Derselbe. *Lehrbuch der Röntgenuntersuchung.* Stuttgart 1898. F. Enke.

HAHN, R. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II, Heft 1, S. 16.

HAWCKS. Nach CHARMIL. *Echo méd. du Nord.* 1897. S. 37.

KAPOSI, M. Gesellsch. d. Ärzte in Wien. 11. II. 1898.

KÜMMELL. XXVI. Kongreſs d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1897. XXVII. Kongreſs d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie. 1898. Ärztl. Verein Hamburg. 14. XII. 1897.

LANNELONGUE. *Presse méd.* 1897. No. 31.

LECERCLE. *Compt. rend.* 18. X. 1897. — Derselbe. Ibidem. 26. X. 1897. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. II, Heft 1.

LESSER, E. Verhandl. d. Berliner dermatol. Gesellsch. (Sitzung 1. Juni 1897.) *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1897. Bd. XLI, Heft 1, S. 88.

Levy-Dorn. *Ärztl. Sachverständ.-Ztg.* 1898. No. 2.
Linaschi. Nach Schiff. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1898. Bd. XLII, Heft 1.
Lustgarten, S. New York dermat. Society. (Sitzung 25. Mai 1897.)
Meissner. Verhandl. d. Berliner dermatol. Gesellsch. S. Lesser. L. c.
Mies, Joseph. *Deutsch. med. Wochenschr.* 24. Juni 1897.
Neisser. Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur. Med. Sektion. 20. Mai 1898.
Plonski, B. *Dermatol. Zeitschr.* Febr. 1898. Bd. V, Heft 1, S. 36.
Pochitonowa. Verhandl. d. XII. Intern. Ärzte-Kongresses. Sektion f. Haut- u. Geschlechtskr. (Sitzung 13./25. August 1897.)
Radet und Bertin-Sans. *Wien. med. Presse.* 8. Mai 1898.
Revillet. *Revue de tuberculose.* April 1897.
Robinson, A. R. New York derm. Society. (Sitzung 25. Mai 1897.) *Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Diseases.* November 1897. Vol. XV., Wh. No. 182, S. 526.
Ryan. *British Journ. of Dermatol.* August 1897.
Schiff, Eduard. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1898. Bd. XLII, Heft 1, S. 3. — Derselbe. *Wien. med. Presse.* 8. Januar 1899. — Derselbe. *Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 48.
Schiff, E. und Freund, L. *Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 22. *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen.* Bd. I, Heft 6.
Schmidt. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. Vereinsbeilage No. 25.
Sonnenburg. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. 10. Januar 1898.
Sorel und Soret. Société des sciences. 14. Februar 1898.
Thomas. *Brit. med. Journ.* 1897. I, S. 798.
Thomson. *Lancet.* 16. Januar 1897.
Unna, P. G. *Dtsch. Med.-Ztg.* 10. März 1898. — Derselbe. *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* 1898. Bd. XXVI, No. 10, S. 494.
Woyzechowski, A. A. *Botkins Ztg.* 1898.
Zehmann. Verhandl. d. Wien. dermatolog. Gesellsch. (Sitzung 13. Januar 1897.) *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1897. Bd. XXXIX, Heft 1, S. 112.
Ziemssen. Ärztl. Verein München. 8. VI. 1898.

Über Largin als Trippermittel.

Von

Dr. Stark-Thorn.

Es sind noch nicht vier Jahre her, seitdem Jadassohn das Argonin als die erste der organischen Silberverbindungen in die Tripperbehandlung eingeführt hat, und heute zählen wir schon drei Mittel dieser Klasse. Auf das Argonin folgte das durch Neisser empfohlene Protargol, und als jüngstes Glied dieser Reihe tritt das Largin auf, welches durch Pezzoli in die Praxis eingeführt worden ist.

Diese schnelle Aufeinanderfolge von Mitteln einer und derselben Klasse ist wohl ein Beweis dafür, daſs man auf diesem Wege gute Er-

folge erzielt hat und noch bessere zu erzielen gedenkt. Das Argonin und Protargol, besonders das letztere, haben sich in der Praxis so gut bewährt, daſs man das Erscheinen eines neuen Mittels fast für unnötig halten könnte. Dies ist jedoch nicht der Fall. So lange wir kein Specificum gegen den Tripper besitzen, wird ein jedes Trippermittel seine Anhänger und seine Gegner haben, ein jedes wird hier und da versagen, sodaſs eine Auswahl brauchbarer Mittel wünschenswert ist, und schlieſslich ist es auch in praktischer Hinsicht von Nutzen, neue Mittel bei der Hand zu haben. Das Publikum wird von Tag zu Tag medizinisch gebildeter; entsprechend der Art und Weise, mit welcher das Erscheinen neuer Medikamente in die Welt ausposaunt wird, werden dieselben unter dem Publikum sehr schnell bekannt. Das Protargol z. B. ist jetzt schon fast ebenso populär wie die alte Ricordsche Lösung von Zincum sulfuricum und Plumbum aceticum, sodaſs es mir öfters passiert ist, daſs mich Patienten gebeten haben, ihnen nicht etwa das Protargol zu verschreiben, denn das kennen sie schon und es hätte ihnen auch nichts genützt. In solchen Fällen ist es für Arzt und Patienten vorteilhaft, ein weniger bekanntes Medikament zur Verfügung zu haben, vorausgesetzt, daſs dasselbe brauchbar ist.

Von dieser Überlegung ausgehend, hielt ich es für ratsam, das Largin auf seine Wirksamkeit beim Tripper zu untersuchen, um so mehr als dasselbe bereits von mehreren Autoren empfohlen worden ist als ein Mittel, welches neben stark gonokokkentötender Eigenschaft und der Fähigkeit, in die Gewebe einzudringen, auf die Schleimhaut gar keinen oder nur einen ganz geringen Reiz ausübt.

Die Entstehungsweise des Largin sowie seine chemischen Eigenschaften will ich hier nicht weiter berühren, da hierüber von Pezzoli in seinem diesbezüglichen Artikel (*Wien. klin. Wochenschr.* XI. Jahrg. No. 11) ausführlich berichtet worden ist, sodaſs ich, um Bekanntes nicht zu wiederholen, auf obige Arbeit verweisen kann. Das Largin wird in ¼ bis 1%igen Konzentrationen in Anwendung gebracht, die Dauer der Injektion beträgt ebenso wie bei Protargol 5—10—30 Minuten.

Möge es mir erlaubt sein nachstehend über 16 genügend beobachtete Fälle zu berichten, in denen ich das Largin angewandt habe.

I. Gruppe.

2 Fälle von Urethritis acuta anterior.

Infektion vor 3 und 4 Tagen. In beiden Fällen sistierte der Ausfluſs und die Gonokokken verschwanden definitiv nach Verbrauch von 200 g einer ¼%igen Larginlösung; täglich drei Einspritzungen von 5—10 Minuten Dauer. Sicherheitshalber noch eine Woche lang Einspritzungen mit ½%igem Largin. Der Urin klar, die spärlichen Flocken enthalten Schleim, Epithelien und Leukocyten in geringer Menge. Nachbehandlung mit Kalium permanganicum. Nach 3 Wochen endgültige Heilung.

II. Gruppe.

6 Fälle von Urethritis acuta anterior.

Infektion vor 3—6 Tagen. Einspritzungen mit 1/4%igem Largin. Nach der ersten Woche Ausflufs geringer, Gonokokken noch ziemlich zahlreich. Einspritzung von 1/2%igem Largin. Eine Woche später in zwei Fällen Gonokokken verschwunden, bei den übrigen in geringer Zahl vorhanden. Nachdem nochmals 7 Tage lang 1/2%iges Largin eingespritzt wurde, verschwanden die Gonokokken definitiv. Nachbehandlung mit Zink und Kalium permanganicum. Nach 4—5 Wochen Heilung.

III. Gruppe.

4 Fälle von Urethritis subacuta anterior.

Drei dieser Fälle kamen in meine Behandlung, nachdem der Tripper bereits 4 Wochen bestanden hat. Geringer Ausflufs, in den Urinflocken spärliche Gonokokken. In zwei Fällen verschwanden die Gonokokken nach 2—3 wöchentlichem Gebrauch von 1/4—1/2%igem Largin. Es wurde viermal täglich eingespritzt. Der dritte Fall reagierte absolut nicht auf Largin. Heilung mit Janetschen Spülungen. Der vierte Fall war von Anfang der Erkrankung an bereits 4 Wochen lang in meiner Behandlung. Es wurden Protargol- und Ichthyol-Einspritzungen angewandt. In den Filamenten Gonokokken vorhanden. Einspritzungen von 1/2%igem Largin viermal täglich. Nach 7 Tagen Urin ganz klar, ohne Flocken. In diesem Falle ist die Heilung eine frappante, doch scheint Patient auf das Largin auffallend gut zu reagieren, wie ich dies weiter unten berichten werde.

IV. Gruppe.

3 Fälle von Urethritis subacuta posterior und anterior.

Sämtliche Fälle gelangten in meine Behandlung bereits mit den Symptomen der Urethritis posterior. Guyonsche Instillationen mit 2%igem Largin. In zwei Fällen war nach mehrmaligen Instillationen gar kein Erfolg zu sehen, und da auch die Reizerscheinungen zu störend wirkten, mufste ich von dieser Behandlung Abstand nehmen. In dem dritten Falle gelang es mir, mit dem Largin im Verlauf von 5 Wochen die Heilung herbeizuführen.

Betrachtet man obige 15 Fälle, so ist die günstige Wirkung des Largins bei der Urethritis acuta anterior nicht zu leugnen. Die Gonokokken verschwanden in kürzester Zeit, ohne dafs die Patienten Ursache hatten über irgend welche Reizerscheinungen zu klagen. Das Largin erfüllt demnach die beiden wichtigsten an ein gutes Trippermittel zu stellenden Postulate. Auch bei der Urethritis anterior subacuta hat sich das Largin als ein gutes Mittel bewährt. Es ist wohl anzunehmen, dafs je länger der Tripper besteht, um so mehr den Gonokokken die Möglichkeit gegeben ist in die Tiefe zu wandern. Da das Largin bei solchem subakuten Prozesse günstige Erfolge zu verzeichnen hat, so beweist dies, dafs auch die dritte Eigenschaft, die von einem guten Trippermittel verlangt wird, nämlich die Fähigkeit ins Gewebe einzudringen, dem Largin nicht abgesprochen werden kann.

Bei den drei Fällen der IV. Gruppe hat sich das Largin nicht bewährt; ich mufs zwar zugeben, dafs ich während der Behandlung mit

Largin keine Urethritis posterior entstehen sah, doch die Wirkung desselben bei bereits bestehender Urethritis posterior kann mich nicht zufriedenstellen. Ich bin geneigt, betreffs dieses Punktes den Worten Pezzolis beizupflichten, daſs dort, wo eine Urethritis posterior vorhanden ist, das Largin dem Protargol nachzustehen scheint. (*Wien. klin. Wochenschr.* XI. Jahrg. No. 12.)

Zum Schluſs möchte ich noch über einen Fall berichten, der um so interessanter ist, als Kornfelder in seinem Aufsatze über das Largin (*Wien. med. Presse.* Jahrg. 98, No. 33) folgende Behauptung aufstellt: „Ein Abortivmittel gegenüber dem Gonococcus scheint auch uns das Largin ebenso wie das Protargol nicht zu sein.“

Es handelt sich um denselben Patienten, von welchem ich in der dritten Gruppe meiner Fälle berichtet habe, daſs er auf das Largin so auffallend gut reagierte. Der Patient erschien ca. ein Vierteljahr später, nachdem er in der Zwischenzeit vollkommen gesund war, in meiner Sprechstunde mit der Bitte, ich möchte ihn auf Tripper untersuchen; er hätte nämlich vor 24 Stunden einen Beischlaf vollführt und verspüre jetzt ein gewisses Unbehagen in der Harnröhre. Von einer Absonderung war nicht die Spur, deswegen führte ich einen dünnen Platinspatel ca. 3 cm tief in die Harnröhre hinein und versuchte von der Schleimhaut eventuelles Sekret abzuschaben. Ich gewann auf diese Weise eine Spur grauen Schleims, dessen mikroskopische Untersuchung das Vorhandensein von Gonokokken ergab. Eingedenk dessen, daſs das Largin dem Patienten seiner Zeit so gute Dienste geleistet hat, lieſs ich ihn sechsmal täglich $^1/_2$ $^0/_0$ige Larginlösung einspritzen. Nachdem Patient drei Tage lang das Mittel eingespritzt hatte, muſste er plötzlich für einige Tage verreisen und kam erst nach einer Woche bei mir vor. Während der letzten vier Tage hatte er das Largin nicht eingespritzt. Die Untersuchung ergab vollkommen klaren Urin, durch Abschaben der Schleimhaut mit dem Platinspatel gewann ich eine Spur einer grauen Masse, die aus Epithelien bestand. Es hat demnach in diesem Falle das Largin als ein Abortivmittel gewirkt. Es könnte vielleicht der Einwand erhoben werden, daſs möglicherweise die gefundenen Bakterien keine Gonokokken waren. So sicher ich dessen bin, will ich zum Beweise folgendes anführen: Mit dem Patienten zusammen besuchte auch sein Freund das bewuſste Mädchen, und letzterer erschien bei mir drei Tage später mit einem floriden Tripper.

Auf Grund obiger Untersuchungen halte ich das Largin für ein sehr gutes Trippermittel, welches den anderen Silbereiweiſsverbindungen gleichzustellen ist.

Aus der Praxis.

Weifses Kautschuk-Heftpflaster.

Von

P. G. Unna.

Im vorigen Jahre teilte ich eine sichere, aber etwas komplizierte Methode der Fixation von stark wirkenden Medikamenten am Ellbogen und Knie[1] mit, nicht ohne eine Anfrage an die Kollegen daran zu knüpfen, in der stillen Hoffnung, aus dem Kreise derselben eine einfachere und ebenso sichere Methode zu erfahren. Ich hatte damals schon ein Präparat unter den Händen, welches mir zur Fixation hin und wieder Dienste leistete, ahnte aber damals noch nicht den grofsen Umfang seiner Leistungsfähigkeit. Es ist in diesem letzten Jahre für mich geradezu das Fixationsmittel par excellence geworden, nicht nur an notorisch schwierig zu bedeckenden Körperstellen, wie Ellbogen und Kniee, sondern an sämtlichen Körperstellen und zu den verschiedensten Zwecken. Ich meine das auffallend billige, weifse Kautschuk-Heftpflaster auf Spulen der Fabrik Beiersdorf & Co., auf das ich hiermit die Aufmerksamkeit der Fachkollegen lenken möchte.

Hervorgegangen aus dem Zinkoxydpflastermull und Zinkoxydparaplast teilt es mit diesen — allerdings nicht die energische Wirkung bei Hautkrankheiten — aber die absolute Reizlosigkeit für die kranke und gesunde Haut, übernimmt aber zugleich vermöge seiner auf Kosten der medikamentösen Wirkung maximal gesteigerten Klebkraft sämtliche Funktionen der Fixation, die je einem Heftpflaster zugemutet worden sind. Es ist mithin dieses Präparat das Ideal eines Heftpflasters und sicher wohl auch das Heftpflaster der Zukunft.

Das weifse Kautschuk-Heftpflaster (w. K. H.) wird aufser in den üblichen Breiten von 18 und 30 cm auch auf Spulen in fünf verschiedenen Breiten (1,25—2,5—3,75—5—7,5 cm) und zwei verschiedenen Längen (5 und 10 m) vorrätig gehalten. Für die gewöhnliche, dermatologische Praxis empfehle ich besonders die kürzeren 5 m haltenden Spulen und zwar die Nummer 521 (1,25) für die Finger und den Penis, die Nummer 522 (2,5) für Gesicht, Hände, Füfse, Scrotum, die Nummer 523 (3,75) für den Hals und die Arme und die Nummern 524 u. 525 (5 u. 7,5) für die Beine und den Rumpf.

[1] S. diese Zeitschrift. 1898. Bd. XXVII, pag. 549.

Die folgenden Bemerkungen mögen dazu dienen, einen Begriff von der vielseitigen Verwendung dieses Fixationsmittels in der dermatologischen Praxis zu geben. Dieses Kapitel in einem kurzen Artikel zu erschöpfen ist um so weniger möglich, als jeder Arbeitstag neue Indikationen zeitigt, und um so weniger nötig, als jeder Praktiker sehr bald seine eigenen Indikationen besitzen wird.

Als einfaches Fixationsmittel verwende ich Stücke des w. K. H., wo es gilt, Pflastermulle und Salbenmulle an stark bewegten Orten längere Zeit hindurch sicher zu befestigen, also wiederum zunächst an Knien und Ellbogen, sodann am Halse (z. B. bei den hartnäckigen, umschriebenen, trockenen Ekzemen desselben, dem sog. Eccema marginatum).

Ganz besonders hülfreich erweist das Präparat sich weiter an den Füſsen zur Befestigung der hier gegen Leichdörner und Schwielen so wirksamen Salicylpflastermulle (Salicyl-Cannabis-Pflastermull). Bisher muſsten dieselben mit weichen Kollodiumfirnissen (z. B. Kollodium 20, Empl. plumbi 0,2—5) oder Heftpflasterstreifen fixiert werden. Viel sicherer und für den Patienten angenehmer ist das Überlegen des genau ausgeschnittenen Pflasterstückes durch ein Stück w. K. H., welches beispielsweise einen Zeh ringförmig umgiebt, an der Fuſssohle dagegen nur breit aufliegt. Eine Verschiebung beim Gehen ist absolut ausgeschlossen, ebenso eine Reizung der Umgebung.

Dieselbe ubiquitäre Verwendung finden Streifen der No. 522 zur Bedeckung von Jodoformgittermull oder Jodoformpuder mit Watte bei der Behandlung oder nach der Excision von Ulcera mollia, nach der Incision vereiternder Bubonen und Furunkel.

Eine Reihe komplizierter Bandagen, wie sie in der Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde gebräuchlich sind, finden vorteilhaften Ersatz, was Einfachheit und Sparsamkeit betrifft, durch Stücke des w. K. H. An Stelle der den ganzen Kopf einhüllenden Binde nach kleineren Operationen am Gesicht, Hals, Nase und Mund genügen zwei oder drei spannenlange Stücke des w. K. H., die übergeklebt werden. Wenn diese die gesunde und haarlose Haut der Umgebung nur an den Enden in der Breite von 1—2 cm berühren, ist die Fixation schon gesichert und es genügt andererseits später das Abziehen eines Fixationspunktes, um den Verband und die Wunde zu kontrollieren, worauf unter Umständen sogar derselbe Streifen die gewählte Wundbedeckung (Mull, Watte, Impermeabilien) noch einmal wieder befestigen kann. Die Annehmlichkeit für den Patienten und die Ersparnis bei dieser Technik liegen auf der Hand. Augenverbände werden mit einem Streifen No. 522, der schräge über den Verband läuft und sich auf Stirn und Backe anklebt, fixiert, Ohrenverbände durch Streifen, die von der Stirn zum Halse gehen. Selbstverständlich kann auch die groſse Chirurgie manchen voluminösen Teil ihrer Verbände

durch Stücke des w. K. H. ersetzen. Eine ausgedehnte Verwendung findet No. 523 bereits zur Fixation von Nabel- und anderen Brüchen. Für alle Arten von prophylaktischen, Schutz-, Entspannungs- und Streckverbänden (hier auf Segelleinen No. 536) liefert das w. K. H. ein ideales Material.

Im ganzen kann man sagen, daſs die Festigkeit, Klebkraft und Reizlosigkeit des w. K. H. es ebenso geschickt zu Dauerverbänden machen, wie dasselbe sich wegen seiner raschen und mühelosen Entfernbarkeit zur Konstruktion fliegender, oft kontrollierter und gewechselter Verbände eignet.

Wo es sich auſser um Fixation auch um eine mehr oder minder starke Kompression handelt, da kommt die Bandform dieses Präparates seiner vielseitigen Verwendungsfähigkeit sehr zu statten. Wo eine feste Unterlage vorhanden ist, wie bei Angiomen, welche dem Schädel oder Kiefergerüst aufsitzen, läſst sich durch cirkuläre Anlegung einer einzigen Bindentour eine sehr wirksame und milde Kompression erzielen. Sehr brauchbar erweist sich ferner das w. K. H. zur Adaption der Schnittränder ungenähter Wunden und die uralte Methode der ziegelartig sich deckenden komprimierenden Streifen bei Unterschenkelgeschwüren wird wohl unter dem günstigen Stern dieses neuen Materials wieder in Aufnahme kommen, wenigstens bei unkomplizierten, nicht kallösen Geschwüren. Am besten komprimiert man dieselben durch zwei bis drei, von der Rückseite her gekreuzte Streifen und legt dann einen Zinkleimverband an, wobei man eine weitere Bindenkompression ersparen kann. Schlieſslich sei noch an die Hodensackkompression nach Fricke erinnert, die ebenfalls durch das neue Material vereinfacht und verbessert wird.

Eine dritte Reihe von Indikationen besitzt das w. K. H. vermöge seiner trotz der durchlässigen Unterlage (Baumwollenstoff) in mäſsigem Grade vorhandenen Impermeabilität, indem es andere Medikationen nicht nur durch sichere Fixierung in ihrer Wirkung unterstützt, sondern die letztere auch intensiver und tiefgreifender macht. Es paſst daher vorzüglich zur Bedeckung stark wirkender, Chrysarobin, Pyrogallol, Pyraloxin, Salicylsäure, Resorcin, Teer etc. haltiger Salbenmulle, Salben und Pasten. Ganz besonders hat es sich in dieser Beziehung in Verbindung mit Salbenstiften bewährt und dieser sparsamen Medikation entschieden zu einem gröſseren Verwendungskreise verholfen. Es giebt nämlich viele Fälle von trockenen psoriatiformen Ekzemen, bei denen die Flecken isoliert auf sonst gesunder Haut stehen und in einer Menge, nicht bedeutend genug, um eine universelle Schmierkur mit jenen starken Mitteln zu verlangen, aber doch zu groſs, um die Mühe der Applikation von multiplen Pflastermullstücken mit Überleimung derselben zu rechtfertigen. In diesen Fällen spielten bisher die leicht applizierbaren Traumaticin-, Kollodium- und Gelanthfirnisse eine Rolle. Eine entschieden wirksamere Art der Applikation ist in solchen Fällen das Bestreichen der einzelnen Flecke

mit einem hochprocentuierten (Chrysarobin etc.)-Salbenstifte und Aufkleben kleiner Stücke des w. K. H., wobei die Umgebung der Flecke vor künstlicher Dermatitis geschützt wird und das Medikament unter der einigermafsen impermeablen Bedeckung zu gröfserer Wirksamkeit gelangt; durchschnittlich können die Pflasterstücke in solchen Fällen zwei Tage lang sitzen bleiben. Selbstverständlich ist bei dieser wie bei jeder zinkoxydhaltigen Bedeckung zu beachten, dafs die Pyrogallolwirkung durch dieselbe auch chemisch verstärkt, die Chrysarobinwirkung gemildert wird.

Eine ganz eigenartige Verwendung der Impermeabilität von solchen Pflasterstücken hat sich neuerdings gefunden, nämlich zur Verbesserung und Ergänzung der nächtlichen Handschuhbehandlung. Die Herstellung von teilweise impermeablen Handschuhen, wie sie uns eigentlich in gröfster Auswahl zu Gebote stehen sollten, ist mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft; es wird sich gelegentlich wohl auch hierüber ein Wort „aus der Praxis" mitteilen lassen. Da bilden nun gewöhnliche, billige Zwirnhandschuhe einen willkommenen Ersatz, indem diese vom Patienten aufsen an allen Stellen mit w. K. H. beklebt werden können, wo die damit bedeckten Hände innen wegen keratoider Affektionen eingesalbt werden sollen.

Eine vierte mehr in wissenschaftlicher als praktischer Beziehung wichtige Indikation bildet endlich die Gewinnung von Schuppen und Krusten zur histologischen Untersuchung. Hier haben Stücke von w. K. H. vor den bisher stets gebrauchten Stücken von Zinkpflastermull den Vorzug, dafs sie sich leichter als Ganzes und ohne klebrige Reste zu hinterlassen, abziehen lassen und dafs die sekundären Krankheitsprodukte an ihnen noch besser haften.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 21. März 1899.

Originalbericht von Dr. John Hirsch-Berlin.

Oestreicher demonstriert eine Frau von 32 Jahren mit **Lepra tuberosa.** Die Patientin, welche weit in der Welt umher gereist, erkrankte vor ca. 4 Jahren in Japan mit Flecken am Bein. Sie suchte in einem dortigen Schwefelbade vergebens Heilung. Sie kam nach Deutschland, wo sie sich zunächst längere Zeit in Behandlung von Kurpfuschern begab. Sie zeigt das Bild der Facies leonina. Alle Formen der Lepra seien in diesem Falle zu sehen. — Blaschko findet hier hauptsächlich die tuberöse Form vertreten. Auch bei dieser kommen Sensibilitätsstörungen vor. — Lesser macht auf die Anzeigepflicht aufmerksam.

Alsdann führt Blaschko einen jungen Mann vor, dessen Hauterkrankung diagnostische Schwierigkeiten bereitet. 1895 hatte derselbe Ulcus durum und Exanthem. Seit Ostern vorigen Jahres besteht ein Exanthem, das trotz mehrfacher antisyphilitischer Behandlung mit Spritz- und Inunktionskur sich wenig geändert. Für **Pityriasis rubra** ist es eine auffallend stabile Form; für ein syphilitisches Exanthem sich zu entscheiden, ist schwer, weil alle Hg-Kuren und Schwefelbäder wenig an dem Bilde geändert haben.

Lesser fragt, ob diese Flecke frisch sind. Blaschko kann dies nicht mit Bestimmtheit behaupten. Der Charakter des Ausschlages ist sicher ein und derselbe geblieben; auch habe er den Eindruck, dafs es dieselben Flecke sind. — Joseph ist der Meinung, dafs die Hg-Kuren dem Patienten keinen Nutzen gebracht, da es sich um Pityriasis rubra handele. Das mikroskopische Präparat würde hochgradige Infiltrate aufweisen und so die Diagnose Pityriasis rubra sichern. — Lesser habe noch nie Fälle von Pityriasis rubra von so stabiler Form gesehen. Dagegen giebt es ja Fälle von syphilitischer Roseola, die jeder Behandlung trotzen. — Rosenthal meint, es käme Lues, Pityriasis rubra und Ekzem in Frage. Bei Syphilis würde die bisherige Therapie nicht ohne Erfolg gewesen sein. Die antiparasitäre Therapie würde auch bei Vorhandensein von Pityriasis rubra auf dieselbe eingewirkt haben. Er vermutet, es handle sich um ein zurückgebliebenes Ekzem. — Blaschko führt aus, dafs das Mikroskop unmöglich die Entscheidung treffen könne, ob hier Pityriasis rubra oder Syphilis vorliege. Die erstere dauere ja bisweilen lange Zeit, aber das Bild nimmt allmählich eine ganz andere Form an; die Kreise konfluieren, es treten neue Eruptionen auf. Er glaube also, die Diagnose sei in diesem Falle nicht mit Sicherheit zu stellen.

Hierauf demonstriert Joseph ein durch Operation gewonnenes Präparat. Es handelt sich um ein **Melanosarkom** der Haut bei einem 26jährigen Manne. Im Urin war kein Melanin nachweisbar.

Alsdann zeigt Mohr einen Fall von **Dermatitis herpetiformis**, aufserdem noch eine Patientin mit **diffuser Sklerodermie**.

Dann führt Plonski einen Fall von Melanom vor. Als die Patientin sich zuerst dem Arzte vorstellte, hatte es den Anschein, als wenn vor dem rechten Ohr ein drei Finger breites schwarzes Pflaster läge. Während nach oben eine scharfe Grenze vorhanden ist, läfst sich die untere nicht so markant gegen die normale Haut abgrenzen. Patientin hatte nie vorher eine abnorme Pigmentation dieser Gesichtsstelle; die Neubildung bestehe erst höchstens 3 Jahre. Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidierten Stückes ergiebt keinen Anhaltspunkt für eine maligne Neubildung. Gleichwohl ist die Entfernung indiziert, um ein Malignwerden zu verhindern.

Rosenthal, Blaschko und Pinkus erkennen in dem vorgestellten Fall nur einen einfachen **Naevus pigmentosus**. Auch das histologische Bild entspricht dieser Anschauung. — Lesser führt aus, dafs das rapide Wachstum von dem gewöhnlichen Bilde des Pigmentnaevus abweicht.

Berger demonstriert **Katheter aus unzerbrechlichem Glas**. Er führt ferner eine neue Schraubvorrichtung für Leitbougies vor.

Paul Richter zeigt ein **Röntgenbild von einer Periostitis ossificans syphilitica tibiae** eines 33 Jahre alten Patienten. Kolossale Quantitäten von Jodtinktur haben keine Beeinflussung des Leidens gemacht.

Darauf hielt Buschke einen Vortrag über: „**Exantheme bei Blennorrhoe**". Schon lange vor der Entdeckung des Gonococcus kannte man die im Verlaufe der Blennorrhoe auftretenden Allgemeinkrankheiten; erst nach dieser Zeit, wo es nunmehr

oft möglich war, in den metastatischen Herden den Gonococcus aufzufinden, war der Kausalnexus zwischen Primärerkrankung und Metastase mit Sicherheit zu erweisen. In erster Linie verdanken wir die Kenntnis der blennorrhoischen Fernerkrankungen der Entdeckung von LEYDEN, nach welcher sich Gonokokken auf den Herzklappen ansiedeln und zu einer schweren Endocarditis führen können, den Mitteilungen von KÖNIG und BENNECKE, worin erwiesen wurde, dafs der Tripper seine Eigenschaft als lokale Krankheit verliert, dafs seine Mikrobien — seien es blofse Gonokokken, seien sie mit anderen pathologischen Organismen vergesellschaftet — leicht in die Blutbahn kommen und an vielen Stellen des Körpers sich festsetzend, metastatische Erkrankungen bewirken. Von den metastatischen Komplikationen sind die Gelenk- und Sehnenscheiden-Affektionen am häufigsten, seltener schon die Herzkrankheiten, die Nerven- und Hautkrankheiten am seltensten. BUSCHKE schildert 3 Beobachtungen von Hautkrankheiten, welche sich im Anschlufs an Blennorrhoe zeigten.

Fall I: Kaufmann, 22 Jahre alt, Urethritis anterior et posterior blennorrhoica. Doppelseitige Epididymitis; Prostatitis. Schmerzen in beiden Kniegelenken, in beiden Fufsgelenken und einigen Fingergelenken. Abgesehen vom rechten Kniegelenk, wo ein mäfsiger Ergufs und geringe Kapselschwellung nachweisbar sind, kann man objektiv in den anderen Gelenken nichts nachweisen. Aufserdem entstand eine Endocarditis an der Valvula mitralis. Gleichzeitig war ein Exanthem vorhanden, welches teils den Efflorescenzen bei Urticaria, teils den Knoten bei Erythema nodosum ähnlich war. Aufserdem trat zeitweilig eine Milzschwellung auf. Die Steigerungen der blennorrhoischen Fernerkrankungen waren auch von einem Anstieg des Fiebers begleitet. Die Temperaturkurve hatte während der langen Dauer eine grofse Ähnlichkeit mit den Temperaturverhältnissen von Malaria. Die Untersuchung des Blutes auf Plasmodien und Gonokokken war negativ. Auch die 2 Efflorescenzen, welche behufs Gonokokkennachweises excidiert wurden, ergaben ein negatives Resultat. Dessen ungeachtet nimmt BUSCHKE an, dafs es sich in diesem Falle nicht um eine zufällige Komplikation mit einem Erythema nodosum handele, sondern auch die Hautaffektion durch die Blennorrhoe hervorgerufen sei. — Fall II: 26jährige Köchin. Urethritis blennorrh. Vaginitis, Cervicitis blenn. ferner Rektalblennorrhoe. Mastdarmfistel. Ohne Fieber Eintritt von Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider Fufsgelenke. Im weiteren Verlauf der Erkrankung traten Endo- und Pericarditis auf, ferner entzündliche Knoten in der Haut, analog denen des Erythema nodosum. Zweifellos ist die Endo- und Pericarditis auf blennorrhoischer Basis entstanden; höchst wahrscheinlich sind auch Haut- und Gelenkaffektionen als Folgen der Blennorrhoe anzusehen. — Fall III: 35 Jahre alter Schlächter. Nach mehrmonatlichem Bestehen der Blennorrhoe tritt eine Hauterkrankung an den unteren Extremitäten in Form des Erythema nodosum auf; aufserdem Schmerzen in beiden Fufsgelenken, an denen objektiv nichts Krankhaftes nachzuweisen war. Patient leidet an Epilepsie und nimmt täglich Bromkalium in grofsen Dosen. Darunter sind seine epileptischen Krämpfe geschwunden. Er hat nie Erscheinungen gehabt, die auf das Brom zu beziehen sind. Es wird ihm geraten, das Brom eine kurze Zeit auszusetzen, wozu er sich aber aus Furcht vor neuen epileptischen Krämpfen nicht entschliefsen kann. Die Blennorrhoe und das Exanthem gehen zurück. — Kurze Zeit darauf setzt 2 Tage post coitum Ausflufs wieder ein, gleichzeitig treten wieder Schmerzen in den Fufsgelenken auf und ein ca. zweimarkstückgrofser, ziemlich derber, über den Knochen verschiebbarer Knoten in der Haut oberhalb des rechten inneren Malleolus. Patient nimmt immer noch Bromkalium.

Ist die Hauterkrankung mit der Blennorrhoe in Verbindung zu bringen? Das Bromkalium ruft zuweilen auch Hauterkrankungen hervor. Allein die durch Brom erzeugten Hautaffektionen pflegen doch in etwas anderer klinischer Form aufzutreten,

und außerdem hat der Patient schon über ein Jahr lang Bromkalium eingenommen, ohne Hauterscheinungen zu bekommen. Ferner ist das Exanthem verschwunden, trotzdem er Bromkalium weiter genommen hat. — Die Möglichkeit, daſs in diesen Fällen das Erythema nodosum als Komplikation der Blennorrhoe aufgetreten, weist B. zurück. Der Vortragende hält in der Litteratur nach Beobachtungen Umschau, in welchen ein Zusammenhang zwischen Hautkrankheit und Blennorrhoe bestand. Schon 1781 that Selle den Ausspruch, daſs der blennorrhoische Krankheitsstoff resorbiert werde und Gelenkschmerzen und Hautkrankheiten erzeugen kann. — Man muſs auch die Fälle ausscheiden, bei denen Balsamica, wie Balsamum Copaivae, Cubeben verabfolgt worden sind, welche ja auch Exantheme hervorrufen können. Die im Zusammenhang mit Blennorrhoe beobachteten Exantheme lassen sich nach ihren Erscheinungsformen in 4 Gruppen teilen: I. Einfache Erytheme (nach Art des Scharlacherythemes); II. Hautausschläge analog denen der Urticaria und des Erythema nodosum; III. Hämorrhagische und bullöse Eruptionen der Haut; IV. Keratodermien.

Gruppe I. Hierher gehören Fälle von Colombini, Raynaud. — Gruppe II. In diese gehören die drei von B. mitgeteilten Fälle. Ähnliche Fälle berichten Bergeson, Mesenet, Schautz. — Gruppe III. Diese umfaſst Blutungen und Blaseneruptionen der Haut. Hierher gehören Beobachtungen von Finger, Litten, His und Welander. — Gruppe IV. Buschke berichtet ausführlich über Beobachtungen von Vidal, Jeanselme, Chauffard, welche zu dieser Gruppe gehören.

Die äuſsere Form der Exantheme ist auſserordentlich mannigfaltig; ebenso wie die Form ist der weitere Verlauf der Exantheme sehr variabel. Manche sind schon nach 24 Stunden verschwunden, andere im Verlaufe der Blennorrhoe auftretende Exantheme haben eine Dauer von Wochen, ja Monaten. Ebenso variabel wie die äuſseren Erscheinungsformen und die Zeitdauer sind auch die anderen am Körper im Zusammenhang mit dem Exanthem beobachteten Krankheitserscheinungen, zunächst die Temperaturverhältnisse. Bald ist bei ein und derselben Form des Exanthems normale Temperatur, bald zeigt sich dabei hohes Fieber. Der Fieberverlauf ähnelt zuweilen auſserordentlich dem bei Malaria. Die schnell hoch angestiegene Temperatur kann kritisch oder lytisch absinken. — Die Exantheme treten fast immer im frischen Stadium der Blennorrhoe auf, oder bei länger bestehendem Tripper, doch wesentlich bei lokalen floriden Erscheinungen. Meist sind noch andere metastische Erkrankungen, Herzkomplikationen, fast immer Gelenkerkrankung vorhanden. Das im Verlauf auftretende Exanthem spielt für die Beurteilung des gesamten Krankheitsfalles, für die Prognose keine wesentliche Rolle. Dann weist B. die Meinung zurück, daſs es sich um ein zufälliges Zusammentreffen einer anderen selbständigen Hautkrankheit beispielsweise des Erythema nodosum mit der Blennorrhoe resp. ihren Komplikationen handele; er erkennt in ganz bestimmten Fällen das betreffende Exanthem als eine Hautmanifestation der blennorrhoischen Grundkrankheit. — Finger glaubte, daſs die Exantheme als Reflexerscheinungen zu deuten seien, hervorgerufen durch die irritativen Vorgänge in den Harn- und Genitalorganen ohne direkte Beziehung zu dem spezifischen Reiz des blennorrhoischen Giftes. Lewin war energischer Anhänger dieser Ansicht. Er führt zwei Versuche an, in denen blennorrhoische Exantheme durch die Irritation auf reflektorischen Wege zu stande gekommen seien. Eine Patientin mit Urethritis blennorrhoica bekam ein Erythema nodosum ähnliches Exanthem; 8 Tage nachdem dies verschwunden war und nur noch Reste der Urethritis bestanden, reizte Lewin die Urethra mit einer Knopfsonde und durch Einlegen eines mit Sublimatsalbe bestrichenen Wattebäuschchens. 16—18 Stunden nachher entstanden zu beiden Seiten der Tibia haselnuſsgroſse, livide, sehr schmerzhafte Knoten. Bei einem ähnlichen Falle wird in ähnlicher Weise verfahren und es entstehen diffuse Infiltrate an

den Unterschenkeln. Buschke hält die Erklärung Lewins nicht für einwandsfrei; es ist auch möglich, daſs die neue Eruption durch die eventuelle Einschleppung des Giftes in die Blutbahn erfolgt sei. — Die Frage, ob die Exantheme zu stande kommen durch die Lokalisation der Gonokokken in den Hanteruptionen oder durch die Toxine analog anderen toxischen Erythemen, ist schwer zu entscheiden. Es ist bisher nicht gelungen, Gonokokken in den Hauteruptionen nachzuweisen. Andererseits ist durch die experimentellen Untersuchungen von Wassermann, Schäffer und anderen erwiesen worden, daſs Toxine und Proteine der Gonokokken Entzündungen bewirken können. Daſs die Hautexantheme toxischer Natur seien, kann man aus der Analogie mit den Arzneiexanthemen schlieſsen.

Wissenschaftliche Ärztegesellschaft in Innsbruck.

Sitzung vom 26. November 1898.

Einen Leprakranken demonstriert Rille; es war ihm vor sieben Stunden eine Seruminjektion gemacht worden. Die Körpertemperatur betrug 39,6, das Allgemeinbefinden war alteriert, die Lepraknoten an Nase, Oberlippe, Kinn, Wangen waren gerötet und etwas erweicht, an der Oberfläche von erweiterten Venen durchzogen, die stellenweise zu kleinen schuppenden Erhabenheiten konfluiert waren. Die Knoten an Vorderarmen, Unterschenkel, Nates schienen livide. Nur die Knoten an der Stirn und die mehr oberflächlichen, lentikulären Knoten waren unverändert. Daneben sah man Hautveränderungen wie beim Erythema nodosum. Bacillen im Blute wurden nicht gefunden. Würden dieselben, wie nach Jodkaliumgebrauch, im Blute nach der Injektion zu finden sein, dann müſste man von letzterer absehen. Das Serum war nach Carrasquillascher Methode von Merk dargestellt.

Sitzung vom 17. Dezember 1898.

Einen Mann mit acquirierter Urachusfistel demonstriert v. Hacker. Nach einer durch Sturz eingetretenen Fraktur der Lendenwirbel mit Lähmung der Beine, der Blase und des Rectums entstand eine Cystitis. Darauf entwickelte sich eine entzündliche Infiltration unterhalb des Nabels, die wieder zurückging. An der unteren Seite der Nabelgrube zeigte sich dann aber ein Granulationsknopf, der die äuſsere Öffnung eines Fistelganges deckte, welcher bis zur Symphyse führte. Aus der Öffnung entleerte sich Eiter und eine Flüssigkeit, die als Harn erkannt wurde. Nach Injektion von Methylenblau in die Blase wurde die der Fistel aufliegende Gaze blau gefärbt; durchzuspritzen gelang nicht. Nach Heilung der Cystitis schloſs sich der Fistelgang allmählich; er entsprach einem Urachusrest, dessen Aufbruch das durch die Cystitis gegebene Hindernis bewirkte.

Eine eigentümliche Hautaffektion bei einer 24jährigen Näherin demonstriert Rille. Dieselbe brach plötzlich an Extremitäten und am Abdomen aus und bestand in dunkelgeröteten Efflorescenzen, an denen die Epidermis abgehoben ist, ohne daſs es aber zu deutlicher Blasenbildung gekommen wäre. Auffallend ist besonders, daſs einzelne Efflorescenzen strich- oder streifenartig sind, was den Verdacht einer artifiziellen Entstehung wachruft. Jedoch spricht auch vieles dagegen. Wahrscheinlich liegt ein Erythema multiforme vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1899.)

Cavafy demonstriert für Turner ein 16jähriges Mädchen mit **Erythema induratum Bazin.** Im Alter von 7 Jahren machte die Patientin infolge einer Ver-

wundung eine Blutvergiftung durch. Kurze Zeit darauf stellte sich an beiden Unterschenkeln die gegenwärtige Hautaffektion ein, welche charakterisiert ist durch bräunlich rote, erythematöse, erbsen- bis wallnufsgrofse, nicht scharf begrenzte, über das Niveau der Haut ein wenig hervorragende, sich hart anfühlende Plaques. Die kleineren und jüngeren Efflorescenzen zeigen ein lebhafteres Rot, während die älteren mehr bräunlich aussehen und eine ziemlich festhaftende Schuppe haben.

R. Crocker stellt eine 49jährige Frau mit **Erythromelalgie** vor. Das Leiden begann vor 18 Monaten mit einer dunklen Röte an der Innenseite des linken Fufses und an den vorderen zwei Dritteln der Fufssohle; gleichzeitig gesellten sich entsetzliches Jucken, dann Stechen, Brennen, ausstrahlende Schmerzen hinzu. Am rechten Fufs war nur die grofse Zehe befallen. Die Schmerzen waren in den letzten drei Monaten konstant. Heifse Bäder brachten Erleichterung, aber keine Heilung. Rückenmarkssymptome waren nicht vorhanden. Phenacetin, dreimal täglich eingenommen, milderte das Brennen und die Schmerzen.

Galloway stellt einen 10jährigen Knaben mit einem eigentümlichen Ausschlag vor, der an Fox' „Ringed eruption on the fingers", an Dubreuilhs „Eruption circinée chronique de la main" erinnert und vielleicht identisch ist mit dem von Crocker und William beschriebenen **Erythema elevatum diutinum**. Der Ausschlag begann mit kleinen Knoten an den Fingergelenken beider Hände. Gegenwärtig sieht man leicht verfärbte Hautstellen mit einem erhabenen, circinären Rand, der durch eine tiefgehende Infiltration der Cutis gebildet wird. Hyperkeratosis ist nur sehr wenig oder gar nicht vorhanden.

St. Mackenzie demonstriert einen **Fall von generalisiertem Lichen ruber planus** bei einem 37jährigen, früher gesunden Cigarrenarbeiter. Vor zwei Monaten bekam er an der Innenseite beider Oberarme eine Anzahl von Flecken. Die Affektion dehnte sich bald über die Vorderarme, Hände, über Stamm, Gesicht mit Ausnahme der Augen aus, ergriff schliefslich auch die unteren Extremitäten und Penis. Der Ausschlag besteht zumeist aus einzelnstehenden, stellenweise jedoch konfluierten, glatten, flachen Papeln mit centraler Delle. Die einzelnen Knötchen sind von rötlicher, die zu Gruppen vereinigten von bläulicher Farbe. Die Abschuppung ist gering, das Brennen und Jucken sehr stark. Befallen ist auch die Schleimhaut des Mundes, besonders die Innenseite der Wangen und Lippen. Die Flecken zeigen hier eine weifse Farbe.

Sitzung vom 14. Dezember 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1899.)

Whitfield stellt einen 48jährigen Mann mit **Pityriasis rubra** vor. Der Patient war viel der Kälte und Dämpfen ausgesetzt. Vor 10 Jahren erkrankte er plötzlich mit Röte über den ganzen Körper und profuser Abschuppung von Kopf bis Fufs. Das Leiden wurde anfangs für Scharlach gehalten. Zeitweilig trat Besserung ein, die jedoch bei kaltem Wetter wieder einer Verschlimmerung Platz machte. Das Allgemeinbefinden, das früher stets gut war, hat unter dem Hautleiden sich empfindlich verschlechtert.

Sitzung vom 11. Januar 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* Februar 1899.)

Adamson stellt eine 70jährige Frau vor mit einem oberflächlichen **Epitheliom** an der Stirn, welches an Ulcus rodens erinnert. Dasselbe ist im Anschlufs an eine vor zehn Jahren stattgehabte Hautverletzuug in der Stirngegend entstanden.

R. Crocker demonstriert einen **Fall von Acne scrophulosorum** bei einem 4jährigen Knaben. Befallen sind besonders stark Gesäfs und Oberschenkel, in mäfsigem

Grade die Streckseiten der Arme. Der Ausschlag besteht aus tiefroten Papeln, von denen viele vesikulös, einige pustulös waren. Die Halsdrüsen sind schwach vergröfsert. Der Knabe zeigt jedoch nicht den skrophulösen Typus.

St. Mackenzie stellt ein 4jähriges Mädchen mit **Varicella gangraenosa** vor. Ein Bruder und eine Schwester der Patientin hatten ebenfalls die Schafpocken gehabt, die jedoch nicht denselben Verlauf nahmen. Der Ausschlag bei der Patientin ist charakterisiert 1. durch kleine, rosenfarbige, in der Peripherie schwach erhabene Flecken; 2. durch gröfsere mit einer Kruste oder Schuppe bedeckte Efflorescenzen, welche ein von einem entzündlichen oder eitrigen Hof umgebenes, schwarz bis schwarzbraun aussehendes Centrum haben; 3. durch cirkuläre, verschieden grofse, mit einem grünlich gelben Schorf bedeckte Geschwüre, die in der Mehrzahl keinen erhabenen, jedoch geröteten Rand haben Bei wenigen ist der Geschwürsrand erhaben, rot, induriert und verleiht dem ganzen Geschwür ein „kraterförmiges" Aussehen. Das Allgemeinbefinden war nicht gestört. Die Geschwüre wurden mit Borsäureumschlägen behandelt, zweimal täglich mit Sublimatlösung (1 : 200) gereinigt. Sie heilten rasch mit Hinterlassung von vertieften roten Narben ab. Hutchinson war der erste, welcher die Affektion als Varicella gangraenosa beschrieben hat.

Sitzung vom 8. Februar 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* März 1899.)

R. Crocker demonstriert 1. einen **Fall von Acanthosis nigricans** bei einem 50jährigen Manne, der keinerlei Anzeichen einer visceralen Erkrankung aufwies. Die Hautaffektion begann vor vier Monaten mit plötzlichem Auftreten gewöhnlicher Warzen auf den Handrücken und Handgelenken. Bald darauf wurden die Mundschleimhaut, die Leisten, Achselhöhlen, Hals ergriffen. Letztere waren bräunlich bis braunschwarz verfärbt. Beinahe die ganze Mundschleimhaut eine feinkörnige Unebenheit. Die Kopfhaut und das Gesicht waren fast ganz frei von Warzen. Handteller und Fufssohlen zeigten Keratosis. Das Allgemeinbefinden war nicht gestört.

2. einen **Fall von Raynaudscher Krankheit** bei einem 45jährigen Manne. Zehn Jahre lang hatte der Patient an kalten Händen und Füfsen gelitten. Während der letzten vier Monate bekam er oft „tote" Finger und um die Weihnachtszeit wurden die Fingerspitzen völlig gefühllos und trocken. Dieselben fühlen sich hart und hornig an und sehen geschrumpft aus.

J. Galloway stellt einen 10jährigen Knaben mit einer Affektion an den oberen Extremitäten bis zum Ellenbogengelenk, an den unteren bis zum Kniegelenk, vor. Die Hautkrankheit erinnert an **Dysidrosis oder Cheiropompholyx**.

St. Mackenzie demonstriert einen eigentümlichen **Fall von Keloiden**. Der 54jährige Patient war vor 20 Jahren gebissen worden. An der Bifsstelle entwickelten sich nach dem Abheilen der Wunde auf dem Grunde der Narbe Keloide. Später entstanden solche auch an anderen Stellen. Vor einigen Monaten hatte er einen Herpes zoster. Im Anschlufs an denselben entwickelten sich neue Keloide. Vortragender erörtert die Frage, ob diese Keloide primär wären oder ihre Ursache im Herpes zoster resp. in einer Erkrankung des Nervensystems hätten. Die Thatsachen sprechen mehr gegen als für die Annahme von primären oder spontanen Keloiden.

M. Morris demonstriert einen **Fall von rapid sich entwickelnden hornigen, papillomatösen Gewächsen der Haut** bei einer alten Frau. Befallen ist der obere Teil der Brust.

E. C. Perry stellt einen Mann vor mit einer **eigentümlichen Form von nekrotisierender Folliculitis des ganzen Gesichts**. Die entzündeten, zuweilen vereiternden Follikel heilen mit Hinterlassung von vertieften Narben ab.

J. J. Pringle demonstriert 1. einen **Fall zur Diagnose.** Die 36jährige Patientin, die keine Anzeichen von Syphilis aufweist und sechs gesunde Kinder geboren hat, leidet an einem recidivierenden, herpetiformen Ausschlag der Handteller, zeitweilig auch an einem ähnlichen Zustand der Zunge. Die Affektion besteht seit drei Jahren. Eine bestimmte Diagnose wurde nicht gestellt.

2. einen **Fall von recidivierenden, akneiformen Tuberkuliden** bei einem blühenden, 21jährigen, tuberkulös belasteten Mädchen. Sie hatte bisher drei Attacken desselben Ausschlages, der charakterisiert ist durch Efflorescenzen des gewöhnlichen papulo-pustulösen Typus mit rapider Involution.

P. Weber und Krieg stellen einen 52jährigen Mann mit **Leukonychia totalis Unna** vor. Die Affektion besteht seit vier Jahren. Alle Fingernägel sind ganz weifs und zeigen keine Lunula. Sie sind ziemlich flach und etwas dünner als normale Nägel. Auf der Oberfläche sieht man Längsfurchen. Die Zehennägel zeigen ebenfalls Neigung weifs zu werden. Der Patient leidet an einem Herzklappenfehler infolge von Rheumatismus. Die kleinen Gelenke der Hände und Füfse neigen zu chronischer Deformität. — Zum Unterschiede von Morisons „Leukonychia striata" mit weifsen Querstreifen an den Fingernägeln hat Unna in seiner *Histopathologie* die „Leukonychia totalis" bei einem jungen Manne beschrieben, der auch an einigen Haaren die Erscheinung der „Leukotrichia" gezeigt hat.

W. Anderson demonstriert einen Fall von **Erythema serpens** (Baker) oder **Erysipeloid** (Rosenbach). Die Affektion ist charakterisiert durch ein wohl abgegrenztes Erythem der Hände von Leuten, welche mit organischen Sachen wie Fleisch, Fisch etc. hantieren (vergl. Rosenbach, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. April 1887). Die Affektion ist von der Dermatitis repens (Crocker) wohl zu unterscheiden. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

März 1899.

I. **Kongenitale Immunität und das sog. „Profetasche Gesetz"**, von George Ogilvie. (Schlufs.) Der Verfasser zeigt im folgenden, dafs viele in der Litteratur publizierte Fälle von „Infektio intra partum" vor einer strengen Kritik nicht standhalten und sich als hereditäre Syphilis erweisen. Ebenso kann man mit mehr oder minder Zweifel eine Reihe von als „Ausnahmen des Profetaschen Gesetzes" beschriebene Fälle aufnehmen. — Aus seinen sehr eingehenden, das Thema erschöpfenden und interessanten Betrachtungen zieht Verfasser folgende Schlüsse: 1. Es existieren keine Thatsachen, welche beweisen, dafs die Syphilis des Vaters jemals Immunität, partielle oder komplete, auf die Nachkommenschaft überträgt, ganz gleich, ob zur Zeit der Befruchtung der Vater thatsächlich syphilitisch, oder durch die früher acquirierte Krankheit gegen Syphilis immun geworden ist. 2. Es existieren keine Thatsachen, welche beweisen, dafs die Syphilis der Mutter im tertiären Stadium Immunität, partielle oder komplete, auf die Nachkommen überträgt, oder dafs die durch die vorangegangene Syphilis erlangte Immunität der Mutter jemals hereditär auf ihr Kind übergeht. 3. Es scheint sicher, dafs vor der Niederkunft syphilitisch gewordene

Mütter selten die Krankheit ihren Nachkommen im extra-uterinen Leben mitteilen. Eine Ansteckung ist in einigen Fällen von postkonzeptioneller Syphilis beobachtet worden. Ob sie bei präkonzeptioneller Syphilis vorkommt, weiſs man nicht. Bei letzterer wirken zwei Umstände gegen eine Ansteckung mit: a) daſs es nur ausnahmsweise bei präkonzeptionell syphilitischen Müttern, welche gesunde, lebensfähige Kinder zur Welt bringen, vorkommt, daſs sie nach der Niederkunft syphilitische Anzeichen aufweisen, von denen die Infektion des Kindes abgeleitet werden könnte; b. daſs eine Infektion durch das Stillen des Kindes ein Jahr nach der Infektion der Mutter oder der Amme ganz ungewöhnlich ist. — Bei der postkonzeptionellen Syphilis hat man ebenfalls zwei Punkte in Betracht zu ziehen: a) daſs dieselbe überhaupt relativ selten ist; b) daſs die acquirierte Syphilis, welche bei einem Kinde nach dem zweiten Lebensmonate auftritt, in nicht wenigen Fällen irrtümlich für kongenitale Syphilis angesehen wird, lediglich weil die Krankheit der Mutter auf eine Zeit vor der Niederkunft zurückdatiert.

II. **Wiederholte, durch Phenyl-Hydrazin-Hydrochlorid hervorgerufene Attacken von Ekzem,** von A. J. Hall-Sheffield. Der 30jährige, früher ganz gesunde, für Hautkrankheiten erblich nicht belastete Patient, Chemiker von Beruf, erkrankte im Juli 1894 an einem leichten Ekzem der Finger, dem er wenig Beachtung schenkte. In den Ferien wurden die Finger wieder gesund. Als er im September 1894 die Arbeit wieder aufnahm, bekam er eine ähnliche Ekzemeruption. Der Patient hatte in seinem Laboratorium in der letzten Zeit hauptsächlich die Reaktionen des Phenyl-Hydrazin und verschiedener Derivate studiert. Eines Tages stiegen bei seinen Experimenten starke Dämpfe auf. Noch an demselben Abende wurden Gesicht, Hals, Ohren, Scrotum und Oberschenkel von einem intensiven Ekzemausschlag befallen, gleichzeitig stellten sich Brennen und Jucken an den ergriffenen Körperteilen ein. Besserung und Heilung trat ein, sobald der Patient seine Untersuchungen über Phenyl-Hydrazin für längere Zeit einstellte. Da bei den Ekzemausbrüchen auch Körperteile befallen wurden, bei denen man einen direkten Kontakt mit dem Irritament, hier dem Phenyl-Hydrazin, nicht annehmen kann, so glaubt Verfasser, daſs es sich hier um eine Reflexwirkung in der Weise handelte, daſs, wenn der Stimulus schwach und von kurzer Dauer war, nur eine lokale Reizung stattfand, wenn jedoch der Stimulus andauerte, die zugehörigen Nervencentren gereizt wurden, wenn endlich der „Reiz" hinreichend lange anhielt, auch ganz entfernt gelegene Nervencentren reflektorisch in Thätigkeit gerieten. Bei häufiger recidivierenden Attacken können Haut und Nervencentren derartig „reizbar" geworden sein, daſs schon ein schwacher Stimulus genügt, um die Reflexwirkung hervorzurufen. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

März 1899.

I. **Studien zur Behandlung der akuten Blennorrhoe,** von G. K. Swinburne. Das Material, welches den vorliegenden Betrachtungen zu Grunde liegt, entstammt einer Poliklinik und ist in dem Zeitraum vom 20. Mai bis 20. August 1898 gesammelt. Es umfaſst 105 Fälle, von denen jedoch nur 71 längere Zeit hindurch in Behandlung waren und für die Beurteilung der Wirksamkeit der letzteren in Betracht kommen. 46 von den 71 Fällen hatten die Blennorrhoe zum ersten Male. Unter ihnen kamen 16 innerhalb 48 Stunden, 20 zwischen dem 3.—7. Tage und 10 zwischen dem 10. bis 20. Tage nach Eintritt der ersten Krankheitserscheinungen in Behandlung. Dieselbe bestand zunächst in einer gründlichen Ausspülung der vorderen Harnröhre mit einer heiſsen Lösung von permangansaurem Kalium (1:4000). Ist nur die vordere Harn-

röhre ergriffen, so wird nur diese bespült, worauf man den Patienten sich horizontal hinlegen und von einer 2%igen Protargollösung langsam so viel in die Pars anterior einfliefsen läfst, bis dieselbe sich erweitert. Der Patient hält das Orificium etwa 10 Minuten fest zu. — Bei Urethritis anterior und posterior wird nach Diday oder Janet die ganze Harnröhre bespült. Nur erwies sich eine Lösung von permangansaurem Kalium selbst in der Stärke von 1:4000 häufig noch zu stark, weshalb in solchen Fällen 1—2%ige Protargollösungen in Anwendung kamen. Verfasser teilt im folgenden kurz die Krankengeschichten einiger interessanter, in ihrem Verlaufe ungewöhnlicher Fälle mit und ermahnt am Schlusse, einen Tripper nicht zu frühzeitig für geheilt zu erklären.

II. **Lupus erythematosus bei einem tuberkulösen Individuum. Sektionsbericht,** von J. A. Fordyce. Die 39jährige, aus einer Potatorfamilie stammende, dem Trunke selbst ergebene, epileptische Patientin wurde im Frühjahr 1898 in komatösem Zustande ins Hospital gebracht, wo sie nach wenigen Tagen verstarb. Aus der Krankengeschichte ist zu erwähnen, dafs die Frau vor drei Jahren an den Wangen und an der Stirn rote Flecke bekam, die sich nach und nach ausbreiteten und die für Lupus erythematosus charakteristische Schmetterlingsform annahmen. In der Jugend war die Patientin wegen skrophulöser Lymphdrüsen operiert worden. Beim Eintritt ins Krankenhaus zeigte sie deutliche Zeichen von Ikterus. Die Sektionsdiagnose lautete: Lungen- und Gehirnödem, Nierentuberkulose und hypertrophische Lebercirrhose. Verfasser läfst es unentschieden, ob der Lupus erythematosus in einem ätiologischen Zusammenhange mit der Nierentuberkulose oder mit den Narben der abgeheilten tuberkulösen Lymphdrüsen stand, zumal die Autopsie noch andere pathologische Befunde in den inneren Organen ergeben hatte.

III. **Sind bösartige Tumoren, welche aus Pigmentmälern entstehen, carcinomatöser oder sarkomatöser Natur?** von T. Caspar Gilchrist. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle. Der erste betraf einen 50jährigen, früher stets gesunden Neger, der vor vier Jahren an der rechten Fufssohle einen sehr kleinen, schwarzen Flecken bemerkte. Derselbe wuchs anfangs aufserordentlich langsam, wurde härter und begann mit der Zeit den Patienten zu belästigen. Eines Tages rasierte er das Gewächs, welches er für ein Hühnerauge hielt, weg, wobei etwas wässerige Flüssigkeit zum Vorschein kam. Von dieser Zeit wuchs dasselbe rapide, gleichzeitig entwickelten sich an den verschiedensten Körperstellen zahlreiche metastatische Knoten. Frei blieben nur Kopf, Hals, Augen, Mundschleimhaut. Der Fall verlief letal. Die Diagnose lautete: Melanotisches Sarkom. — Der zweite Fall betraf einen jungen Arzt, der erzählt, dafs vor sieben Jahren an der linken Wange unterhalb des Auges nahe der Nase ein im Beginn sehr kleines Pigmentmal sich entwickelte. Dasselbe wuchs etwas rascher, als es zufällig gekratzt worden war. Der Verfasser wurde um Rat gefragt und stellte die Diagnose auf Epitheliom. Dr. Halsted excidierte das Gewächs. Seitdem ist ein Jahr verstrichen, ohne dafs sich ein Recidiv gezeigt hat. Der Arzt erfreut sich einer guten Gesundheit. Verfasser teilt das Resultat der histologischen Untersuchung mit, welche die makroskopisch gestellte Diagnose bestätigte.

IV. **Ein Fall von kongenitalem, multiplen Naevus pigmentosus,** von B. Foster. Der Fall betrifft einen 20jährigen, kräftigen, gut entwickelten, augenscheinlich gesunden, jungen Mann, dessen Hautaffektion angeboren ist. Der ganze Rücken ist dicht besät von Pigmentmälern, die zusammen betrachtet gleichsam einen nach allen Richtungen hin von tiefen Furchen durchzogenen Panzer bilden. Mit Ausnahme eines einzigen Pigmentmales, das an Gröfse die anderen überragt, sind alle glatt und flach. Schnitte, welche diesem grofsen Gewächs entnommen waren, wurden mit Hämatoxylin gefärbt und untersucht. Der Tumor gehört zu den „weichen Pigment-

mälern", welche nach UNNA Carcinome und nicht, wie v. RECKLINGHAUSEN es will, Endotheliome sind. Das Epithel ist zwar in allen Schichten, aber im ganzen doch nicht erheblich verdickt. Dagegen sind die Retezapfen enorm verlängert und bilden ein anastomosierendes Netzwerk. Die Basalschicht ist in gewissen Bezirken zwar tief, jedoch nicht gleichmäſsig pigmentiert. In den Maschen des Netzwerkes und im Papillarkörper sieht man abgerundete, abgeschnürte, durch eine Bindegewebsscheide wohl abgegrenzte Zellmassen, deren einzelne Zellen ovale, tief gefärbte, schwach konturierte Kerne zeigen. Weiter unten in der Cutis sieht man Säulen von Epithelzellen zwischen den Bindegewebsbündeln. In einer noch tieferen Schicht der Cutis sind die Zellen in lockeren, von einander getrennten Nestern angeordnet. Gerade diese Partien deuten auf ein malignes Carcinom hin, nur daſs die Mitosis fehlt. Pigment ist durch alle diese Zellmassen regellos zerstreut. Die Lymphräume in der Cutis sind enorm dilatiert; man bemerkt jedoch keine Proliferation des Endothels, wohl aber der Bindegewebszellen.

V. **Ein Fall von Herpes nach groſsen Dosen von Arsenik,** von CH. O'DONOVAN-Baltimore. Einem 16jährigen, schwächlichen Mädchen war als Tonikum Arsenik verordnet worden. Sie sollte dreimal täglich 10 Tropfen der FOWLERschen Lösung nehmen. Die Patientin verfuhr jedoch beim Einnehmen wenig skrupulös und überschritt häufig die ihr verordnete Dosis. Eines Tages bekam sie ein geschwollenes Gesicht, verbunden mit Brennen und Schmerzen. Wenige Tage später konnte sie ihren linken Arm nicht bewegen. Intensive Schmerzen strahlten von der linken Schulter abwärts bis zu den Fingerspitzen aus. Gleichzeitig bemerkte man auf der Radial- wie Ulnarseite des Vorderarmes entsprechend dem Verlaufe des Nervus ulnaris und radialis typische Zosterbläschen. Ebenso verteilt zeigten sich solche an der Volar- und Dorsalfläche der linken Hand. Eine Anzahl von Bläschen befand sich an der linken Seite des Thorax zwischen der Achselhöhle und der Brust und zwar auf dem Bezirke, welcher vom Nervus thoracicus versorgt wird. Die Behandlung bestand in ausgiebigem Gebrauch des Thermokauters entlang dem Verlaufe des Nervus medianus und besonders dort, wo die Bläschen am gröſsten und zahlreichsten waren. Nur an der Brust wurde nicht kauterisiert. Die entstehenden Brandwunden wurden mit Vaselin bedeckt und verbunden. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand rasch; neue Bläschen entstanden nicht mehr. Der Gebrauch von Arseniktropfen war schon vorher sistiert worden. Verfasser erörtert die Frage, welches der ursprüngliche, ätiologische Faktor bei der Entstehung des Herpesausschlages sei. Daſs derselbe nervösen Ursprunges ist, kann als bewiesen angesehen werden. Inwieweit jedoch die Arsenmedikation auf die Produktion von Herpesbläschen an bestimmten Nervenbezirken einen Einfluſs ausgeübt hat, läſst sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Man kann vielleicht annehmen, daſs irgend eine alte, längstvergessene Verletzung am linken Arme einen Verlust der Widerstandsfähigkeit in den Nerven derselben zur Folge gehabt hat, und daſs es unter gewissen Umständen zu einer Degeneration kommt, welche von Zoster begleitet ist.

April 1899.

I. **Elf Fälle von Porokeratosis (MIBELLI) in einer Familie,** von P. C. GILCHRIST. Der Verfasser teilt die Krankengeschichten der 11 Fälle mit und fügt eine genealogische Tafel der Familie bei. — Die histologische Untersuchung ergab folgende Thatsachen: 1. Es handelt sich um echte Hyperkeratosis, welche augenscheinlich bisweilen in dem tieferen Teil des Stratum corneum, bisweilen in der oberen Partie des Stratum mucosum beginnt. 2. Sie tritt primär am häufigsten um die Schweiſsporen und den intraepidermalen Teil des Schweiſsdrüsenausführungs-

ganges auf. Zuweilen beginnt die Krankheit um die Mündung des Haarfollikels, während in vereinzelten Präparaten Schweifsporen und Haarfollikel gleichzeitig befallen zu werden scheinen. 3. Einige Schnitte zeigen das Bild einer milden Keratosis follicularis. 4. Wenn die Läsion einen Durchmesser von 1 mm erreicht hat, wird die centrale Partie fester, kompakter, und so mehr vertieft als der periphere Teil. 5. Die centrale Partie einer Läsion zeigt deutliche Atrophie des Stratum mucosum in so ausgedehntem Mafse, dafs nur eine Zelllage übrig bleibt, welche von der Hornschicht bedeckt ist. 6. Die Veränderungen im Corium sind sehr deutlich ausgesprochen, und sogar im frühesten Stadium der Primärläsion bemerkt man grofse Massen von lymphoiden Zellen unter dem hyperkeratotischen Bezirk. Die Blut- und Lymphgefäfse sind in der oberen Hälfte dieser Region deutlich dilatiert. 7. Die Schweifsdrüsen und Gänge sind in einer Anzahl von excidierten Stückchen unverändert, während in anderen ausgesprochene Dilatation des ganzen Schweifsapparates unterhalb der Epidermis vorhanden war. In einzelnen Efflorescenzen waren sichere Anzeichen von Sklerodermie zu bemerken. 8. In mehreren Präparaten hatte die Hyperkeratosis nicht nur den follikulären Teil der Talgdrüsen ergriffen, sondern dehnte sich bis hinab zu den Acini aus. 9. Die Krankheit ist von entzündlichen Erscheinungen nicht begleitet. 10. Keine Mikroorganismen sind in irgend einem der eigens hierfür gefärbten Präparate gefunden worden.

Die wesentlichsten Punkte aus den 11 Krankengeschichten werden in folgenden Schlufssätzen zusammengefafst: 1. Nur ein einziger Fall ist in der Litteratur publiziert, welcher in Amerika aufgetreten ist. (Der Fall von Wende wurde 18 Monate nach der vorläufigen Mitteilung des Verfassers veröffentlicht.) 2. Die Verteilung und der Charakter der Läsionen ist in allen Fällen derselbe wie in den von anderen Beobachtern beschriebenen Fällen. 3. Die Wiederkehr der Efflorescenzen trotz intensiver Curettage und Applikation von Höllenstein. 4. Das Auftreten der Affektion bei elf Mitgliedern derselben Familie durch vier Generationen bei vollständigem Fehlen jeglicher Kontagiosität der Krankheit ist der beste Beweis dafür, dafs dieselbe erblich ist. 5. Die Krankheit beginnt als eine Hyperakanthosis des Rete in der Gegend der Mündung der tubulösen und acinösen Drüsen mit besonderer Bevorzugung der ersteren, dann folgt eine Hyperkeratosis. Deutliche Veränderungen treten im Corium auf, so zahlreiche lymphoide Zellen, Dilatation der Blut- und Lymphgefäfse etc. 6. Viele vereinzelte Efflorescenzen sind durch Elektrolyse geheilt worden.

II. **Plastische Resektion der Urethra wegen einer traumatischen Harnröhrenstriktur, die einen silbernen Verweilkatheter durch 24 Jahre hindurch erforderlich gemacht hatte,** von F. Tilden Brown. Der Patient ist gegenwärtig 45 Jahre alt. Im Alter von 8 Jahren fiel er vom Heuboden herab. Bei dieser Gelegenheit drang ihm ein Nagel, den er in der Hosentasche hatte, durch das Scrotum in den Bulbus der Urethra. Eine Urethro-Scrotalfistel war die Folge. Dieselbe schlofs sich erst nach wiederholten Operationen nach Verlauf eines Jahres, um jedoch einer Harnröhrenstriktur Platz zu machen, die so eng war, dafs der Urin nur in Tropfen über einem Heifswassereimer gelassen werden konnte. Die Urethrotomie wurde ausgeführt, um einen Metallkatheter einführen zu können. Dieser verblieb vier Wochen hindurch in der Harnröhre, wurde versuchsweise herausgezogen, jedoch bald wieder eingelegt, da sich Urinretention beim Patienten einstellte. Nunmehr verblieb der Katheter sieben Monate in der Urethra. Ein erneuter Versuch, ihn entbehrlich zu machen, hatte keinen Erfolg. Die Striktur wurde so eng, dafs zum zweiten Male die interne Urethrotomie ausgeführt werden mufste, welche das Einlegen eines kurzen, silbernen Katheters No. 15 Ch. gestattete. Derselbe blieb 24 Jahre liegen mit wenigen Unterbrechungen während des Coitus. Der Patient hatte wiederholte intensive

Attacken von Cystitis, gegen die er mit bestem Erfolge schwache Karbollösung mehrere Male des Tages brauchte. Verfasser beschreibt den Gang der plastischen Operation, die er im August 1897 vornahm, um die Striktur und mit ihr die gefahrdrohenden Folgeerscheinungen definitiv zu beseitigen. Es ist ihm dies vollkommen gelungen. Der Urin des Patienten ist ein Jahr nach der Operation nahezu klar und wird leicht und ohne jegliche Beschwerden entleert.

III. **Akutes, umschriebenes Ödem in Verbindung mit Hämoglobinurie,** von G. W. Wende-Buffalo. Der 64jährige Patient bemerkte am 11. Dezember 1896 in der Kirche Steifigkeit und taubes Gefühl in der Dorsalfläche der rechten Hand. Diese Steifigkeit erstreckte sich bis zum Zeigefinger. Während der Patient nach der Ursache suchte, entdeckte er einen wallnufsgrofsen Knoten unter der Haut. Derselbe nahm etwa die Mitte der ergriffenen Partie ein und war frei beweglich. In der Meinung, von einem Insekt gestochen und vergiftet worden zu sein, stürzte der Patient aus der Kirche heraus, um eiligst den Arzt zu konsultieren. Als Verfasser den Patienten sah, waren seit dem Auftreten der Schwellung kaum 15 Minuten verstrichen. Dieselbe war unregelmäfsig begrenzt, prall elastisch, nicht eindrückbar und von normaler Hautfarbe. Abgesehen von den oben erwähnten subjektiven Symptomen waren sonstige abnorme Erscheinungen nicht vorhanden. Das Allgemeinbefinden des Patienten war vollkommen gut. Am nächsten Morgen hatte der Tumor an Gröfse etwas abgenommen. Vollständig verschwunden war er jedoch erst nach zehn Tagen. In dieser Zeit hatten sich ähnliche Schwellungen auch am Vorderarme und im Gesicht entwickelt. Die Untersuchung des Urins ergab relativ grofse Mengen von Eiweifs. Das Sediment war frei von roten Blutkörperchen und Eiterzellen. Das Spektroskop zeigte die Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobin. Die Untersuchung des Blutes zeigte eine starke Abnahme der roten Blutkörperchen, Verminderung des Hämoglobins, während die Zahl der weifsen Blutkörperchen normal war.

Die Ätiologie dieser interessanten Krankheit ist dunkel. Vielleicht spielt die Kälte oder die Hitze irgend eine ursächliche Rolle, die allenfalls das umschriebene Ödem als ein angioneurotisches erklären könnte. Wie man sich jedoch die Kombination desselben mit Hämoglobinurie und der Albuminurie erklären soll, läfst sich ohne kühne Hypothese nicht leicht sagen. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Untersuchungen über den Leprabacillus und über die Histologie der Lepra, von Prof. Victor Babes-Bukarest. (Berlin, 1898. S. Karger.)[1] In einer umfangreichen Monographie legt Babes seine auf der Berliner Leprakonferenz gemachten Mitteilungen in erweiterter Form vor. Die Arbeit enthält 11 Abbildungen im Text; 8 lithographische Tafeln in vorzüglicher Ausführung sind ihr beigegeben. Der rührige Verlag von Karger hat keine Kosten gescheut, um der fleifsigen Arbeit ihre entsprechende Ausstattung zu geben.

Babes hat ein grofses Lepramaterial verarbeitet, seine Erfahrungen sind umfangreich und verdienen es gewifs, nicht nur mit einigen empfehlenden Worten abgefertigt

[1] Obgleich sich bereits in Band 27, No. 4 dieser Zeitschrift eine gute Inhaltsangabe dieses Buches findet, dürfte die oben stehende, mehr kritisch gehaltene doch noch von Interesse und nach berühmtem Muster (*Berl. klin. Wochenschr.* 1894, pag. 1093) hinlänglich gerechtfertigt sein. Red.

zu werden, sie verdienen es vielmehr, einer präzisen Kritik zu begegnen, die dem präzisen Ton entspricht, in dem sie niedergeschrieben sind.

Die zehn Kapitel sind überschrieben: „Die Histologie der Lepra vor der Entdeckung des Leprabacillus, der Leprabacillus, über das Eindringen der Leprabacillen in die Gewebe und die Ausscheidung derselben, der Sitz des Leprabacillus im Gewebe, die Lepra der Haut und der oberen Luft- und Verdauungswege, die Lepra des Nervensystems, die Lepra der Genitalsphäre, lepröse Erkrankung der Lymph- und blutbildenden Organe sowie der Lunge, die leprösen Veränderungen des Verdauungstraktes und einiger anderer Organe und Gewebe, Schlufsbemerkungen." Ein umfangreiches Litteraturverzeichnis ist der Arbeit angehängt.

Referent ist der Meinung, dafs der unbefangene Leser, für welchen es noch andere Fragen giebt als die Lage des Leprabacillus in Zellen oder aufserhalb von Zellen, den Eindruck erhalten kann, als ob die Arbeit nur den einen Zweck verfolgt, den unbequemen Unna einmal gründlich abzuschlachten. Fast in jedem Kapitel wird gegen die Beweisführung von Unna gekämpft, und der Verfasser glaubt offenbar in sicherem Strome zu schwimmen, wenn er Unnas Anschauung als abgethan betrachtet. Hätte Babes überhaupt nur eine Ahnung von der Wichtigkeit der biologischen Frage: „Ist das, was ein Mikroskopiker wie Unna für pflanzliches Material, für abgestorbene Bacillenleiber erklärt, untergegangenes, tierisches Zellprotoplasma?" so würde ihn selbst das Persönliche und für die Sache nichts Beweisende seiner Ausführungen ebensosehr abstofsen wie jeden unbefangenen Leser.

An der Hand einer Geschichte der Leprazelle wird Referent zeigen, dafs Babes in seinem dicken Buche auch nicht einen der positiven Beweise Unnas gegen die Leprazelle umzustofsen im stande gewesen ist, vielmehr sich nur in ebenso allgemeinen Worten auf die Lagerung der Bacillen in Zellen zu berufen für nötig hält, wie es von den meisten Anfängern in der Leprahistologie sattsam bekannt ist. Von wie viel höheren Gesichtspunkten ist die Monographie A. v. Bergmanns über die Lepra getragen, der darum auch der Streitfrage Unnas eine andere Stellung und anderes Verständnis entgegenbringt! Wenn Babes schreibt, dafs „alle Pathologen und Leprologen mit Ausnahme Unnas, sowie einiger seiner, in der histologischen Forschung weniger bewanderter Schüler" darüber einig sind, dafs die Leprabacillen sowohl innerhalb, als auch aufserhalb von Zellen liegen können, so hat Referent die Ehre sich als einen solchen wenig bewanderten Schüler vorzustellen, welcher allerdings Babes um die von ihm in phantastischer Weise fortgeführte Pathologie der Leprazelle nie beneiden wird. Babes hält es nicht einmal unter seiner Würde, uns die beliebte Verschiebung der Frage wieder aufzutischen, wonach Unna sich um den einzelnen Bacillus im Protoplasma seit Jahren herumschlagen soll. Es ist niemand besser als Unna bekannt, dafs in sekundärer Weise einzelne Bacillenklümpchen in Zellen (z. B. der Stachelschicht des Haarbalges) teilweise oder ganz eingedrückt erscheinen und von stark wachsenden Chorioplaxen der Cutis unter Umständen umwachsen werden (s. Unnas *Histopathologie der Haut*, pag. 608 u. 613) — Dinge, die mit der vorliegenden Streitfrage nichts zu thun haben. Diese heifst vielmehr, wie Babes billig wissen müfste: Kommt das bekannte Bild von bacillenhaltigen, kernlosen oder kernhaltigen Klumpen im Lepragewebe, die keine spezifische Protoplasmafärbung annehmen und von Neisser, Hansen u. a. für degenerierte Bindegewebszellen mit Bacillen in ihrem Leibe erklärt werden, nicht vielmehr, wie Unna seit 1886 behauptet, durch degenerierte und dabei aufgequollene (verschleimte) Bacillenklumpen zu stande, welche öfters, aber durchaus nicht immer, nackte Kerne atrophischer Bindegewebszellen einschliefsen? Oder anders ausgedrückt: Ist der scharfe Kontur dieser unter Umständen kernhaltigen Klumpen eine protoplasmatische, tierische Mem-

bran oder nicht vielmehr der Randsaum von mehr oder weniger verschleimten Bacillenhaufen, d. h. liegt hier nicht eine ungeheuerliche, in der Histopathologie sonst unerhörte, aber wie ein roter Faden sich durch die ganze Lepralitteratur hinziehende, grobe Verwechselung tierischer und pflanzlicher Gebilde vor? Und zweitens: Ist die ganze von Leprologen ad hoc ausgedachte Pathologie der sog. „Leprazelle" nicht ein reines Phantasiegespinnst?

Diese beiden doch kaum zu übersehenden und zu unterschätzenden Fehdehandschuhe hat Unna seinen Gegnern hingeworfen; Babes aber wie alle anderen Leprazellenritter gehen um dieses unbequeme Kampfobjekt vorsichtigerweise herum und suchen ein weniger kompromittierendes an seine Stelle zu schieben: die bloſse topographische Lage zweier mikroskopischer Objekte. Für eine Frage von so geringer, allgemein pathologischer Bedeutung hätte Unna in der That wohl kaum seine Persönlichkeit seit Jahren eingesetzt und den gehässigsten Angriffen preisgegeben. Anders aber steht es mit der von Jahr zu Jahr an Bedeutung gewinnenden Frage, ob Pathologen von Ruf so viele Jahre hindurch einer handgreiflichen Verwechselung von tierischen und pflanzlichen Gebilden zum Opfer gefallen sind. Um in dieser Frage überhaupt ein Urteil zu besitzen, genügt es nicht, wie Babes, umfangreiche Werke über pathologische Histologie in die Welt gesetzt zu haben, man muſs dazu nur eben die von Unna in jahrelangem Bemühen ausgearbeiteten Methoden der spezifischen Protoplasmafärbung einerseits und der Gloeafärbung andererseits beherrschen oder ebenso gute und bewährte andere, zur differentiellen Diagnostik geeignete erfinden. Wer sich in den Unnaschen Methoden aber noch nicht einmal versucht hat, dessen Wort wird in dieser Frage trotz aller Heftigkeit der Phrase nicht viel zu bedeuten haben.

Um der Annahme fetthaltiger, mehr oder minder verschleimter Bacillenklumpen zu entgehen, haben nun bekanntlich hervorragende Forscher wie Neisser, Hansen u. a. eigentümliche, für die Zellen der Leprösen, wie es scheint, eigens geschaffene Degenerationsbilder aufgestellt. Babes hat diese Gallerie noch um einige Kabinetstücke vermehrt und wird auf der dermaleinstigen Ausstellung derselben sicherlich den Preis gewinnen.

So lesen wir mit besonderer Befriedigung das Folgende: Die hauptsächlichste Wirkung des Leprabacillus auf die Zelle besteht in Vergröſserung, Vakuolisierung (!), Pigmentschwund, Kernsegmentierung und -Fragmentierung, manchmal Durchtränkung des Protoplasmas mit säurefester Substanz (!), in Bildung fettartiger, sowie gelblicher, homogener Massen im Protoplasma (sic! Ref.) — letztere scheinen entfernte Analogie mit Bildung roter Blutkörperchen zu bieten (!) —, in sekundärer Pigmentablagerung. Dann wird oft das Protoplasma gänzlich von Bacillen verdrängt, indem bloſs der verblaſste Kern länger widersteht. Endlich entsteht, wohl z. T. unter dem Einflusse anderer Schädlichkeiten (Arteriosklerose, nervöse Einflüsse, Bakterienassociation), glasige, hyaline, käsige Entartung, Gangrän, Abscedierung, letztere mit Auftreten in Leukocyten erstarrter Bacillen.[2] Referent registriert weiter, daſs Herrn Unna, wie Babes sich ausdrückt, in dieser Frage die Fähigkeit eines objektiven Urteiles abhanden gekommen ist, sodaſs es eine undankbare Aufgabe wäre, Herrn Unna überzeugen zu wollen. Referent mag es erspart bleiben, nach dieser charakteristischen Probe die Beobachtungen

[2] Der Eingeweihte sieht, daſs die xfache Degeneration der Leprazelle — nicht zu vergessen die Bildung fettartiger Massen im Protoplasma und die Durchtränkung des Protoplasma mit säurefester Substanz — notwendig ist, um die säurefesten und fetthaltigen Bacillenprodukte der Bacillenklumpen für die sog. „Leprazelle" zu retten.

von B. im einzelnen wiederzugeben, wie die Bacillen in die Zellen eindringen, in ihnen zu Kolonien anwachsen, die Zellen verändern etc.

Bei nervöser Lepra findet man nach Babes stellenweise wenigstens Leprome und lepröse Infiltration. Einen reinen Fall von visceraler Lepra kennt B. nicht. Bei der Nervenlepra handelt es sich um „eigentümlich veranlagte Individuen, bei welchen die Bacillen bei geringer Vermehrungsfähigkeit die Eigenschaften besitzen, die Nerven in einen Zustand chronischer Entzündung zu setzen, und welchen das Nervensystem günstige Lebensbedingungen darbietet, während der übrige Organismus für ihre Lebensthätigkeit anfangs keinen günstigen Boden abgiebt". — „Die eigentümlichen Erscheinungen der Nervenlepra erklären sich ungezwungen für B. aus dem Sitze der Bakterien und der Läsionen." Es handelt sich nach B. wesentlich um eine chronische Neuritis, oft mit akuten Nachschüben, bei welchen die sichtbaren Veränderungen mit den Symptomen deswegen nicht immer Schritt halten, weil stärkere, interstitielle Veränderungen oder feinere, parenchymatöse Veränderungen gesetzt werden. Für die trophischen Erscheinungen bei Nervenlepra kommen nach B. auch die von ihm gefundenen Veränderungen der Vorderhornzellen in Betracht, sowie in manchen Fällen die von ihm und Jeanselme gefundene Veränderung der weifsen Substanz.

Die von B. untersuchten Fälle von Syringomyelie und Morvanscher Krankheit waren „sicher nicht lepröser Natur" und von B. untersuchte, unter syringomyelitischen Erscheinungen verlaufene Leprafälle zeigten keinerlei syringomyelitische Läsionen.

B. hat beim Leprabacillus Kolbenbildung und Verzweigungen wie beim Tuberkelbacillus nachweisen können. Für B. ist es leicht, auf Grund der Form, der eigentümlichen Färbungsweise, sowie der Topographie beider Bacillen, besonders der eigentümlichen Koloniebildung des Leprabacillus, dieselben scharf zu unterscheiden.

B. konnte in allen tödlichen Fällen von Lepra und oft auch im Lebenden Bakterienassociationen, namentlich mit Eiterkokken und Diphtheroidbacillen finden. Unter den letzteren findet sich fast regelmäfsig eine nach Ehrlich nicht gänzlich entfärbte Form, welche auch mikroskopisch dem Leprapilz ähnlich erscheinen kann. Die Bedeutung dieses Bacillus ist aber noch nicht sicher gestellt. Die associierten Bacillen beeinflussen nach B. wohl den Krankheitsprozefs, doch sind sie zum Zustandekommen der Erkrankung nicht unbedingt nötig. B. nimmt eine persönliche Disposition zum Zustandekommen der Infektion an, wofür aber einstweilen anatomische Thatsachen nicht erbracht werden können.

B. erörtert die Möglichkeiten einer Infektion durch einfachen Kontakt; einwandsfrei ist eine solche nicht nachzuweisen; unzweifelhaft ist für B., dafs die ausgeschiedenen Bacillen zum Teil lebensfähig sind, zum Zustandekommen der Infektion sind aber noch andere Momente nötig.

Für die Vererbung der Lepra werden die Erkrankungen der Testikel, des Ovariums, der Milchdrüse in Betracht gezogen; die Milch der tuberös Leprösen enthält nicht selten Bacillen. Nach seinen Untersuchungen erscheint es B. auch sehr wahrscheinlich, dafs die Leprabacillen einen sehr komplizierten Entwickelungscyklus durchmachen, indem vielleicht auch die von ihm beschriebenen kolbigen, verzweigten und Endsporen (?) führenden Formen für die Verbreitung der Krankheit wichtige, wenn auch seltene Stadien bilden können.

Nach B. sind wir nicht im stande, die Wege zu bestimmen, auf welchen die Invasion der Bacillen in den Organismus stattfindet. B. erörtert die Schlüsse, die sich ergeben aus der von ihm konstatierten Anwesenheit des Bacillus in der Haut und den Haarfollikeln und in der Mündung der verschiedenen Drüsen.

Gegen eine Durchwanderung der Epithelschicht sprechen für B. das Wachstum des Epithels und die Sekretionen aus der Tiefe nach der Oberfläche. Für eine Durch-

wanderung die Analogie anderer Infektionen und die Möglichkeit, dafs unter gewissen Umständen die Leprabacillen an der Oberfläche sich ansiedeln und in die Tiefe dringen. Für letzteres würden einigermafsen die kleinen perifollikulären Knötchen, sowie die von ihm beobachteten warzigen Lepraknötchen sprechen, doch würden dieselben auch nichts gegen eine Invasion von anderer unbekannter Seite beweisen. In einem Falle hat B. in einem perifollikulären Knötchen die erste lepröse Manifestation konstatieren können. Der Möglichkeiten für das Eindringen der Bacillen in den Körper sind viele. Viel sicherer sind durch eigene und anderer Untersuchungen für den Autor die Wege, auf welchen die Bacillen den Körper verlassen; es sind dies die meisten Sekrete und Exkrete, vielleicht mit Ausnahme des Harnes.

Aus den einzelnen Kapiteln, in welchen die vermeintliche Beweisführung für die doch recht eigenartig wirkenden Schlufsfolgerungen liegt, will ich nur noch weniges herausgreifen. Auf S. 13 ereifert sich B. darüber, dafs Unna als eine neue Entdeckung hingestellt habe, dafs die sich blau färbenden Stäbchen als degeneriert zu betrachten seien. Diese und die folgenden Ausführungen beweisen, dafs B. die Arbeiten Unnas gar nicht gelesen oder begriffen hat. Unna nämlich hat nachgewiesen, dafs an in besonderer Weise vorbehandeltem Lepramaterial gezeigt werden kann, dafs die sogenannte Gloea sich auflöst in abgestorbene Bacillenleiber, welche nach dieser Präparation das Methylenblau annehmen.

Kapitel 2 schliefst mit der Entdeckung von B., dafs aus Lepramaterial ein dem Tuberkulin ähnliches Produkt durch Hitze und Glycerinextraktion zu erhalten ist, welches sowohl auf Lepröse als auch auf Tuberkulöse ebenso wirkt wie das Tuberkulin.

Kapitel 3: In Vesikatorien konnte B. Bacillen nur dann finden, wenn die Blasen vereiterten, und auch dann nur in Fällen, in welchen auch auf anderem Wege Bacillen erhalten werden konnten. Einige Male konnte B. Verzweigungen und Endknöpfchen (Sporen?) an intracellulären Bacillen wahrnehmen, die in polynukleären Leukocyten sich befanden; diese entstammten dem Sekret von Leprageschwüren. B. macht weiter darauf aufmerksam, dafs er als der erste die Bacillen im Nasenschleim konstatiert hat. Gegen die Nasenschleimhaut als Eingangspforte für die lepröse Infektion macht er geltend, dafs bei Einbringung von Rotzkulturen in den Magen von Pferden erst sekundär die charakteristische Lokalaffektion an der Nasenschleimhaut auftreten kann.

Kapitel 4: Dafs Unnas Trockenmethode die Gewebszellen zerstört oder schädigt, ist eine ebenso oft behauptete wie unbewiesene Auffassung, welche natürlich auch B. wieder vorbringt. Die Trockenmethode schädigt die einzelne Zelle garnicht, wie jeder Anfänger wissen müfste, der ein Eiter- oder Blutpräparat gefärbt hat; nur die vorgebildeten Spalten werden künstlich erweitert; das zum Kern gehörende Protoplasma wird nicht vom Kern getrennt; nur Dinge, wie Kern und Massen, die nicht zueinander ursprünglich gehören, können dadurch sichtlich getrennt werden.

Kapitel 5: Ueber Neurolepride Unnas vermag sich B. ein bestimmtes Urteil nicht zu bilden; er ist mehr geneigt anzunehmen, dafs man es auch hier von vornherein mit direkter Bacillenwirkung zu thun hat, welche „Bacillen" aber aus den Flecken wieder verschwinden können. Das Ausfallen der Haare in gewissen Gegenden des Gesichtes, namentlich der Augenbrauen, erklärt B. durch eine direkte Bacillenwucherung in den Haarfollikeln. Die Störung der Haarbildung erklärt B. auf verschiedene Weise.

In diesem und in folgenden Kapiteln werden ferner die Veränderungen aller Organe abgehandelt unter dem Einflusse des Leprabacillus. Schleimhäute, grofse Drüsen, Augen, Nervensystem etc. etc. Der intracelluläre Bacillus spielt überall die grofse Rolle, und es würde zu weit führen, wollte Referent die vielen ebenso fleifsigen

wie phantastischen Aufzeichnungen im einzelnen berühren. Wer sich aber dafür interessiert, zu beobachten, welche Summe von Inkonsequenzen, sowie ad hoc neugeschaffener und unhaltbarer Hypothesen jeder Forscher nolens volens in den Kauf nehmen muſs, der sich wie Babes bemüht, bei jedem Organe von neuem die alten Leprazellen zu stützen, wird in diesen Kapiteln genug des Unterhaltenden finden.

Seine histologischen und bakteriologischen Forschungen verdichtet Babes in dem letzten Kapitel zu einer Reihe von Sätzen, aus denen der Mangel an Kritik des Autors noch einmal glänzend hervorleuchtet. Babes weist auf die Verwandtschaft der Leprabacillen mit den Tuberkelbacillen hin, auf den von ihm und anderen erbrachten Nachweis der spezifischen Empfindlichkeit Lepröser dem Tuberkulin gegenüber. Im Verein mit Kalindero von ihm in dieser Richtung ausgeführte Versuche haben zu einer, wenn auch vorübergehenden Besserung geführt. — Die Besserung hätte nach ihm offenbar angehalten oder hätte vielleicht zur Heilung geführt, wenn die Autoren die Behandlung länger fortgesetzt hätten. Da die Autoren auf Grund ihrer Untersuchungen voraussetzten, daſs die Tuberkulinwirkung auf der Auflösung oder der Tötung toter Bacillen im Organismus beruht, da ferner die Leprabacillen sich langsamer entwickeln als die Tuberkelbacillen, da ferner die hauptsächlichsten Symptome der Lepra durch die Anhäufung groſser Mengen toter Bacillen verursacht werden, so sei zu erwarten, daſs das Tuberkulin, wenn sehr vorsichtig verwendet, ein vorzügliches Mittel zur Heilung darstellen müsse. Die spezifische Wirksamkeit des Tuberkulins für Lepra werde durch Babes' Nachweis von analogen Substanzen in leprösen Produkten, sowie durch die eigentümliche Wirkungsweise auf Lepröse genügend erwiesen.

Babes hat auch das Blutserum mit Tuberkulin und Tuberkelbacillen systematisch behandelter Hunde und Esel in groſsen Mengen injiziert und konnte auch hierdurch augenfällige Besserung, Abflachung und Abblassung der Leprome, sowie bei Nervenlepra auffällige Besserung der Symptome erzielen; doch müſste auch diese Methode systematisch vervollkommnet und lange Zeit systematisch durchgeführt werden, um ein definitives Urteil zu gestatten. Babes erwartet einstweilen, bis es gelingen wird, reichlich Leprakulturen zu erzeugen, nur von einem Mittel Erfolg, welches wie das Tuberkulin oder das antituberkulöse Serum zur Zerstörung, Auflösung und Resorption der Bacillen beiträgt.

Verständlicher wird dem weniger gelehrten Leser der Autor, wo er über die Prophylaxe der Lepra schreibt, wenn er warnt vor einer Übertreibung von Isolierungsmaſsregeln bei der kaum nennenswerten Kontagiosität der Krankheit im gewöhnlichen klinischen Sinne, eine verständige Isolierung der Kranken befürwortet etc.

Wer heute histologische Leprastudien treibt, wird bei jedem Organ, welches er unter den Händen hat, nicht umhin können, auch B.s ursprünglich offenbar gut geplante Arbeit zur Hand zu nehmen. B. wollte sein Thema von solchen Gesichtspunkten behandeln, welche geeignet sind, über die praktischen Fragen der Ätiologie und Pathologie der Lepra Aufschluſs zu geben, und welche nur an der Hand eines sorgfältigen Studiums der Topographie der Leprabacillen im Gewebe und deren Einfluſs auf das letztere Aussicht auf Erfolg versprechen. Ein ruhiges, wissenschaftliches Ziel! Nur schade, daſs ein noch so groſser Fleiſs mit unzureichender Methodik, wie B. sie besitzt, gepaart, weit vom Ziele abseits führen muſs.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Eine neue Varietät des polymorphen exsudativen Erythems beschreibt Breda. (*Atti del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti.* Bd. IX.) Eine Amme hatte sich an ihrem Säugling spezifisch infiziert und ein allgemeines papulöses Exanthem davongetragen. Auf dem Boden dieser chronischen Eruption entstand sodann unter Fiebererscheinungen eine akute, in Gestalt von zahlreichen runden, roten Flecken vom Durchmesser eines Centesimo; dieselben waren an den seitlichen und vorderen Halspartien lokalisiert und verursachten Spannung und Brennen. Nach 12—24 Stunden zeigten sich auf den Flecken Bläschen mit serösem Inhalt. Diese Bläschen waren sehr dicht gedrängt und im Centrum voluminöser und stärker hervorragend als an der Peripherie, wodurch jede Efflorescenz das Aussehen einer Himbeere erhielt. B. nennt die Dermatose deshalb Erythema exsudativum vesiculosum framboesioides. Nach 14 Tagen war die Eruption unter Hinterlassen von Pigmentflecken verschwunden.

C. Müller-Genf.

Ein Fall von prämykotischer Erythrodermie mit Befallensein von Mund und Pharynx, von Hallopeau und Weil. (*Ann. de Dermat. et de Syphil.* 1897.) Der Fall bietet insofern einiges Interesse, als er neben der bekannten der eigentlichen Mykosis fungoides vorhergehenden Erythrodermie am Rücken und den Armen Erweiterungen der Schweifsdrüsen aufweist, deren Ausgänge von einem roten Hof umgeben sind, dem wieder ein blasserer Ring folgt (kokardenähnliche Formation). Aufserdem sind auch nur einige Fälle in der Litteratur von Ulcerationen der Mundschleimhaut, die hier Zunge, Wangen, Gaumen und hintere Pharynxwand betrafen, bekannt.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von spontaner Gangrän aller vier Extremitäten mit sehr akutem Verlauf und tödlichem Ende, ohne nachweisbare Ursache, von Jos. Mc Farland. (*Philad. med. Journ.* 8. Okt. 1898.) 40jähriger Mann wurde in schlechtem, beinahe pulslosem Zustande in das Spital gebracht, beide Füfse waren ödematös, bläulich verfärbt und sehr kalt anzufühlen, die Hände und Finger mit Blasen bedeckt, kalt und ebenfalls bläulich verfärbt. Die Blasen wurden geöffnet und gehörig verbunden, Patient wurde kurz nach seiner Aufnahme unruhig, bekam Delirien, rifs den Verband von den Händen und starb nach wenigen Stunden. Der rasch eingetretene Tod und die erst Tags vorher erfolgte Aufnahme in ärztliche Behandlung machten es unmöglich, genaue anamnestische Daten zu sammeln. Bei der Autopsie, welche 8 Stunden nach dem Tode gemacht wurde, waren Hände und Füfse im Zustande feuchter Gangrän, am rechten Fufse alle Zehen, ein Teil der dorsalen und ein gröfserer Teil der plantaren Hautfläche ergriffen, am linken Fufs blofs die grofse Zehe und die Spitze der zweiten und dritten Zehe, wie die beigegebenen Zeichnungen deutlich veranschaulichen. Das Herz war von ganz abnormer Gröfse und Ausdehnung, die übrigen Körperorgane wurden einschliefslich des Rückenmarks makroskopisch wie mikroskopisch genau untersucht, aber keiner der übrigens geringfügigen Befunde konnte die Krankheit erklären. Mc F. bespricht der Reihe nach all die Möglichkeiten, welche bei der Ätiologie des Falles in Betracht kommen konnten, wie Frostbeulen,

Embolie, RAYNAUDsche Krankheit, Diabetes, Ergotismus, Infektion (Typhus), Trauma, kann aber keine als zutreffend finden; Herzschwäche allein führt wohl nie zu Gangrän und Arteriosklerose war bei dem relativ jungen Patienten nicht vorhanden. Mc F. führt aus der Litteratur noch zwei ähnlich verlaufene Fälle an, welche mit dem hier beschriebenen in der kurzen Dauer der Krankheit, der symmetrischen Erkrankung der distalen Teile aller vier Extremitäten und zahlreichen Hämorrhagien in der Leber übereinstimmen. Es scheint Mc F. nicht unwahrscheinlich, dafs es sich hier um einen akuten Infektionsprozefs handelt, welcher, rapid verlaufend, allgemeine Intoxikation verursachte, und dafs die cirkulierenden Toxine die inneren Hämorrhagien und die äufsere Hautgangrän veranlafsten. In dem Falle von Mc F. waren zwar bakteriologische Untersuchungen nicht möglich, in den beiden anderen jedoch war die Gangrän auf eine doppelseitige Pneumonie resp. hartnäckige Diarrhoe gefolgt; da nun der Typhusbacillus Gangrän und der Pneumococcus Meningitis, Otitis, Pericarditis u. s. w. verursachen kann, der Typhusbacillus und der Streptococcus ähnliche Erkrankungen bewirkt, so könnte für diese drei Fälle verschiedene parasitäre Ätiologie in Betracht kommen. Schliefslich müsse noch erwogen werden, dafs auch andere Vergiftungen, wie jene mit Blei, ähnliche Veränderungen der inneren Organe, wie die hier beschriebenen, und ebenfalls gelegentlich Gangrän aufwiesen. *Stern-München.*

Über Serumbehandlung bei Diphtherie, von JOH. FIBIGER-Kopenhagen. (*Hospitals Tidende.* 1898. No. 13.) Aus dieser gründlichen und sorgfältigen Abhandlung, wozu das Material aus dem Epidemiehospitale in Kopenhagen (Prof. SÖRENSEN) gesammelt ist, wird hier folgendes von dermatologischem Interesse angeführt: unter 239 mit Serum behandelten Patienten kamen 145 mal „Serumfälle" vor, welche in 75 Fällen in Exanthemen bestanden: am häufigsten Urticaria, ziemlich gewöhnlich morbillenähnliche, seltener scarlatinaähnliche Exantheme; bisweilen wurde diffuse Hyperämie gesehen oder gefleckte Ausschläge von polymorphem Typus. Bei 35 Kranken stellte sich gleichzeitig Fieber (bis zu 39°) ein, bei 34 aufserdem gleichzeitig oder später Gelenkschmerzen mit Schmerzhaftigkeit, Schwellung und bisweilen leichter Ergufs (in der Regel von stärkerem Fieber, bis über 40°, begleitet); am häufigsten wurden nur Knie-, Hand- und Fufsgelenke angegriffen, bisweilen fast alle Gelenke. Bei drei kleinen Knaben zeigten sich gleichzeitig Epididymitis, leichtere Schwellung der Hoden und Ödem des Scrotums. Diese Serumfälle entstehen nicht in unmittelbarem Anschlufs an die Einspritzungen, sondern nach einer Inkubationszeit von gewöhnlich 6—10 Tagen (bis ungefähr 1 Monat in einem Falle); sie können recidivieren. Bei 11 Kranken werden die Fälle als schwer bezeichnet, ohne dafs jedoch eigentlich Lebensgefahr bestand. Als Regel, aber doch keineswegs konstant, spürten diejenigen Patienten, welche die gröfste Dosis des Serum bekommen hatten, auch die schwersten Nebenwirkungen. — Da dieselben Nebenwirkungen durch nicht-antitoxisches Serum, herrührend von nicht-immunisierten Pferden, hervorgerufen werden, können sie hier nicht in Beziehung zur Antitoxinhaltigkeit des Serums gebracht werden.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Ausschläge nach Injektionen mit Diphtherie-Heilserum, von der Diphtherie-Heilserum-Kommission. (*Brit. med. Journ.* 4. Juni 1898.) In dem Berichte über die Wirkungen des Heilserums in 633 Fällen von Diphtherie werden unter anderen interessanten Mitteilungen auch einige Bemerkungen über die Ausschläge im Gefolge der Injektionen gemacht. Nahezu jeder dritte mit dem Diphtherie-Heilserum behandelte Fall zeigte einen Ausschlag, von dem man wesentlich zwei Formen unterscheiden konnte. Die eine war von erythematösem, die andere von urticariaartigem Typus. Die Ausschläge entstehen kürzere oder längere Zeit nach der ersten Injektion. Bei $^2/_3$

der Fälle zeigten sich die ersten Anzeichen des Ausschlages zwischen dem 6.—12. Tage, am häufigsten dem 8. Tage nach der ersten Injektion. Gewöhnlich war der Ausbruch von einer Temperatursteigerung begleitet. Einen Einfluſs auf den Ausgang der Krankheit hatten die Ausschläge nicht. *C. Berliner-Aachen.*

Zwei Fälle von Chloraleruption, von Labadie-Lagrave und Degut. (*Journ. des prat.* 1898. No. 45.) Die Eruptionen traten in Gestalt von Erythemen mit roten Flecken bei zwei Patienten mit Scarlatina und Morbillen auf, denen in der Desquamationsperiode Einreibungen mit 1%iger Chloralvaseline gemacht worden waren. Bei der einen der Patientinnen trat gleichzeitig eine eigentümliche Entzündung des Zahnfleisches auf, das von einer weiſsen Pseudomembran überzogen war und aussah, wie wenn es mit Höllenstein kauterisiert worden wäre. Die Eruption war mit ziemlich heftigem Fieber verbunden. *C. Müller-Genf.*

Beitrag zur Kenntnis der Antipyrinintoxikation, von Graul. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 3.) Verfasser ist selbst das Opfer des Antipyrins. Während er früher Antipyrin und Migränin ohne üble Nebenwirkungen nehmen konnte, bemerkte er eine allmählich zunehmende Idiosynkrasie, die in drei Fällen sicher beobachtet wurde. Die Erscheinungen bestanden in Fieber, allgemeiner Indisposition, starkem Speichelfluſs, juckendem, purpuraähnlichem Exanthem an Fingern und Unterschenkeln. Im Munde fand sich Blasenbildung am harten Gaumen und an der Zunge, am Scrotum ein nässendes Ekzem nebst leichtem Ödem des Präputiums. Sämtliche Erscheinungen gingen in einigen Tagen zurück. Der Urin war während des Anfalls hochgestellt, spärlich, aber frei von Eiweiſs, Zucker und Blut. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Antipyrinintoxikation, von R. Immerwahr. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 34.) Bei einer früher syphilitisch infizierten Patientin, die mehrere Schmierkuren durchgemacht und noch im März 1897 wegen eines Recidivs behandelt worden war, trat im April 1898 — ohne daſs sich in der Zwischenzeit wieder Spuren von Syphilis gezeigt hätten — nach dem Einnehmen von 0,5 Antipyrin Fieber, Schüttelfrost und urticariaähnlicher Ausschlag am ganzen Körper auf. Am nächsten Tage hatten sich auf der Zunge, der Schleimhaut der Wangen, des harten und weichen Gaumens, auf Ober- und Unterlippe zahlreiche Blasen gebildet, welche sehr schmerzhaft waren, ebenso auf der Genitalschleimhaut. Drüsenschwellungen waren nicht vorhanden. Dieser letztere Umstand, sowie die enorme Schmerzhaftigkeit, das rapide Auftreten der Erscheinungen, der schnelle Erfolg einer einfachen, nicht spezifischen Therapie (Mundspülungen mit essigsaurer Thonerde, Pinselungen mit Myrrhentinktur, Laxans) beweisen nach dem Verfasser, daſs es sich hier um eine Antipyrinvergiftung handelt. Auch zeigten sich später keine Erscheinungen von Syphilis wieder.

I. Bloch-Berlin.

Ein Fall von Urticaria nach Antipyrinmedikation, von Rovnitzky. (*Hebdomadaire de la Méd. prat. russe.*) Ein Neurastheniker hatte in Zwischenräumen von einigen Tagen zweimal je 0,3 Antipyrin erhalten. Jedesmal trat fünf Minuten nach Verabreichung des Medikamentes ein bedeutendes Ödem des Gesichts und der Hände mit breiten erythematösen Plaques und Gefühl von Brennen im Munde auf.

C. Müller-Genf.

Scarlatiniforme Urticaria, von J. A. Raye. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1898.) Der Patient zeigte bei der ersten Besichtigung einen roten Ausschlag am ganzen Körper. Abgesehen von heftigem Jucken waren sonstige Erscheinungen, wie Rachenbeschwerden, belegte Zunge, Fieber nicht vorhanden. Am nächsten Tage konnte

Verfasser beobachten, dafs der Ausschlag zumeist aus konfluierten Urticariaquaddeln bestand. Es handelte sich in dem vorliegenden Falle um eine akute Urticaria des erythematösen Typus. Als Ursache nimmt der Verfasser den Genufs eines schlechten Präparates von Copaiva an. Am siebenten Tage nach dem Ausbruch des Ausschlages zeigte sich schwache Desquamation im Gesichte, an Händen, Vorderarmen und am Halse. Temperatur und Puls waren stets normal. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von chronischer Urticaria des Larynx, von W. Freudenthal. (*New York med. Journ.* 31. Dez. 1898.) Akute Fälle von Schleimhaut-Urticaria der oberen Luftwege sind schon ziemlich selten und im ganzen ca. 25 nach der Zusammenstellung von Delbrel (Bordeaux 1896) beschrieben worden; der Fall von Fr. dürfte jedoch der erste bis jetzt veröffentlichte von chronischer Urticaria der Kehlkopfschleimhaut sein. Betreffender Patient, 59 Jahre alt, litt lange Zeit hindurch und in verschiedenen Intervallen an gastrointestinalen Störungen und gleichzeitiger Urticaria der Haut, es traten unbestimmte Symptome im Kehlkopf hinzu, welche bald zu wirklichen Schmerzen wurden, die aber beim Essen und bei Nacht aufhörten. Objektiv fand sich aufser Vergröfserung der Zungentonsille diffuse Röte der Kehlkopffläche, der Epiglottis und geringe ödematöse Schwellung an deren rechter Hälfte. Subjektiv hatte Patient das Gefühl eines Fremdkörpers im Kehlkopf, welcher trotz Räuspern u. s. w. sich nicht lösen wollte; Fr. deutet dies als einfaches Juckgefühl. Lokale Behandlung mit den verschiedensten Mitteln war ganz vergeblich bei diesem Leiden und erst mit dem Verschwinden der Hauteruption wich das letztere bei jedem der drei beobachteten, ein paar Monate währenden Anfälle. Das Bild, welches laryngoskopisch an der Epiglottis sich zeigte, war übrigens ein wechselndes; einmal sah man ein oder mehrere herpetiforme Prominenzen mit ödematöser Umgebung, ein andermal eine tiefrote Farbe und dann wieder hochgradige Blässe; dies alles bedeutet für Fr. einen neurotischen Charakter des Leidens und läfst keine andere Diagnose als chronische Urticaria des Kehlkopfes zu. *Stern-München.*

Ein Fall von Urticaria factitia oder sogenanntem Dermographismus, von L. E. Stevenson. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Der 22jährige Patient sieht blühend aus und erfreut sich sonst der besten Gesundheit. Er neigt schon bei ganz geringfügiger Ursache zu tiefem Erröten. Seit seiner frühesten Kindheit leidet er an Urticaria factitia, ohne dafs er jemals eine Hautkrankheit durchgemacht hatte. Der Verfasser schrieb mit dem stumpfen Ende eines Bleistiftes unter mäfsigem Druck den Vornamen des jungen Mannes „Joseph“ auf und verfolgte genau den Prozefs. Zuerst zeigten die beschriebenen Hautstellen eine Röte, welche sich etwas peripher ausdehnte und bald durch eine weifse, erhabene, strangähnliche, von schwach rotem Rande begrenzte Schwellung ersetzt wurde. In kühnem Relief stand der Name da, der erst nach mehr als einer halben Stunde wieder verschwand. *C. Berliner-Aachen.*

Über einen Fall von Urticaria haemorrhagica, von O. Lentz. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 39.) Bei einem 45jährigen Dienstmann, Potator und Emphysematiker traten nach einer Witterungsschädlichkeit unter Fieber schmerzhafte Schwellungen der Knie- und Fufs-, Schulter- und Ellenbogengelenke auf. Gleichzeitig bemerkte Patient einen über den ganzen Körper verbreiteten rotfleckigen Ausschlag, welcher leicht juckte. — Bei der Aufnahme am dritten Krankheitstage sah man auf der Stirn mehrere linsengrofse, rote Flecken, deren Centrum infolge einer kleinen subcutanen Hämorrhagie schwarzrot erschien und welche die Oberfläche der umgebenden Haut überragten. Ähnliche Flecken von Linsen- und Markstückgröfse an den Unterschenkeln und Unterarmen, bis zu Taler- und Handtellergröfse an den

Oberarmen, den Oberschenkeln, dem Gesäfs, der Brust und dem Rücken. Eine Anzahl der Flecken erscheint nur als fleckweise Rötung und Infiltration der Haut, in deren Mitte sich eine Hämorrhagie zeigt. Auch in der Palma manus, an der Volarseite der Finger und der Planta pedis gleichfalls Eruptionen in Form von bläulichen derben Knoten. Das rechte Knie- und das linke Schultergelenk, in deren Umgebung die Eruptionen besonders zahlreich sich finden, sind schmerzhaft, ersteres zeigt serösen Ergufs. — Am nächsten Tage nahm die Hauterkrankung an Ausdehnung bedeutend zu (Auftreten neuer Quaddeln und Hämorrhagien). Das Fieber fiel ab. Doch klagte Patient über Schmerz im Mund und Hals und über Schlingbeschwerden. Bei der Untersuchung fanden sich am harten Gaumen drei linsengrofse livide Quaddeln. Die Uvula war stark geschwollen, blaurot verfärbt und ragte als starrer Kegel in den Pharynx hinab. — Am folgenden Tage wieder eine Menge neuer Eruptionen, besonders im Gesicht, auf dem Kopfe, an den Schultern, am Gesäfs und auf dem Rücken. Auch im Lippenrot und an der Schleimhaut der Oberlippe sah man eine Eruption, durch welche die Lippe dick und fest infiltriert erschien. Auf der Zunge und der Schleimhaut der linken Wange einige livide Quaddeln. — Die älteren Eruptionen kamen nun allmählich zur Heilung und verschwanden spurlos, während in den nächsten 14 Tagen noch täglich neue Nachschübe von geringerem Umfange auftraten. Am 16. Krankheitstage traten auf dem rechten Unterarm 5—6 Quaddeln auf, die auf ihrer Höhe eine linsengrofse schwarze Blase trugen, welche nach der Eröffnung eine blutig-seröse Flüssigkeit entleerten. Nach drei Tagen waren die Blasen zu einem schwarzen Schorf eingetrocknet und heilten in kurzer Zeit ab. Einen besonderen Verlauf hatten die Efflorescenzen an Uvula und Oberlippe. Die Uvula wurde nekrotisch und stiefs sich in ca. 17 Tagen ab. Auch über der Efflorescenz an der Oberlippe wurde die Schleimhaut nekrotisch, stiefs sich ab und hinterliefs ein Zehnpfennigstück grofses Geschwür mit schmierig belegtem, fest infiltriertem Grunde, das in ca. 14 Tagen zuheilte. Eine letzte Komplikation (am 12. Krankheitstage) war Fieber, Somnolenz und Auftreten systolischer Geräusche an der Herzspitze und Aorta. Viereinhalb Wochen nach Beginn der Erkrankung waren alle diese Erscheinungen verschwunden, so dafs der Patient geheilt entlassen werden konnte. — Bakterien konnten weder durch die (auch sonst ergebnislose) mikroskopische Blutuntersuchung noch durch Kulturverfahren gewonnen werden. — Verfasser teilt dann das Resultat der mikroskopischen Untersuchung einer kleinen excidierten Quaddel mit. (Färbung mit Methylenblau-Eosin, Hämatoxylin-van Gieson, Pikrolithionkarmin-Gram, Gram-Bismarckbraun.) Es fand sich pralle Füllung der erweiterten Blutgefäfse, besonders der Kapillaren, massenhafter Austritt von roten Blutkörperchen aus denselben (Hämorrhagien) und reichliche Anhäufungen von kleinen Rundzellen um die gröfseren Gefäfse herum. Diese Zellen erweisen sich sämtlich als gelapptkernig und haben die Form von Eiterkörperchen, so dafs es sich an den betreffenden Stellen um beginnende Eiterung zu handeln scheint, jedoch ohne Einschmelzung des Gewebes. Das Bindegewebe zwischen den Zellen ist vielmehr noch vollkommen intakt, seine Fasern und Kerne sind deutlich zwischen den Eiterzellen zu erkennen. In den tieferen Schichten der Cutis finden sich sowohl die Blutungen wie auch die Zellanhäufungen in viel massigerer Form vor, ebenso im subcutanen Fettgewebe, so dafs dessen Septa bedeutend verbreitert erscheinen. Pathologisch-anatomisch ist also die vorliegende Hauterkrankung als leichte Hämorrhagie in den untersten Schichten der Epidermis, als starke Hyperämie mit Hämorrhagien und reichlicher Auswanderung weifser Blutkörperchen in der Cutis und dem subcutanen Fettgewebe zu bezeichnen. Verfasser sucht die Ursache der Erkrankung in einer Autointoxikation und glaubt, dafs die schwerere Form der Hauterkrankungen

nach Autointoxikation auf eine Affektion der Leber zu beziehen sei, weil eine erkrankte Leber nicht die Aufgabe einer gesunden Leber, die im Darm gebildeten Toxine unschädlich zu machen, erfüllen könne. Freilich konnten im vorliegenden Falle für eine bestehende schwerere Leberaffektion keine Anhaltspunkte gewonnen werden, obgleich unzweckmäſsige Lebensweise und Potatorium dies wahrscheinlich machen. Die Affektionen der Gelenke und des Endocards sind wohl ebenfalls durch Toxine hervorgerufen worden. *I. Bloch-Berlin.*

Hämorrhagische Infektion durch Diplokokken, von Rinaldi. (*Rif. med.* 1898. No. 201 u. 202.) Die Affektion begann mit Kopfschmerzen, Schlingbeschwerden, unregelmäſsigem Fieber, zu welchen Symptomen sich bald Gelenkschmerzen gesellten und nach einigen Wochen ein ausgedehntes Purpuraexanthem mit Hämaturie, Erbrechen. Auf der Oberfläche der Tonsillen wurde der Fränkelsche Diplococcus nachgewiesen. Während andererseits mit Blut und Gelenksekret angelegte Kulturen vollständig steril blieben, wurde aus aseptisch gewonnenem und 24 Stunden im Thermostaten aufbewahrtem Urin ein gekapselter Diplococcus kultiviert, der sich nach Ziehl und Gram gut färben lieſs. Kaninchen injiziert, erzeugte derselbe ebenfalls eine hämorrhagische Infektion. *C. Müller-Genf.*

Über einen Fall von cerebraler Meningealhämorrhagie bei Purpura, von L. Havas. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1898. No. 36.) Bei einem dreijährigen Mädchen entwickelte sich eine Purpura haemorrhagica nach Masern (von Henoch bloſs zwei Fälle beobachtet) mit Blutungen aus Nase, Mundhöhle und Darm. Nach zweiwöchentlichem Bestande dieser Erscheinungen plötzlich leichter apoplektiformer Insult mit Krämpfen im linken Mundgebiet, später im linken Arm. Kopfschmerz, Erbrechen, Monoplegia glosso-facialis sinistra, Parese des linken Armes, Kontraktur des linken Beines. Schlieſslich Koma, Cheyne-Stokessches Atmen, Temperatursteigerung vor dem Tode. Diese Symptome deuteten mit gröſster Wahrscheinlichkeit auf eine Meningealhämorrhagie (Hämatosen der Dura mater oder Blutung zwischen die weichen Hirnhäute) in der Gegend des unteren und mittleren Teiles der rechten vorderen Centralwindung. *I. Bloch-Berlin.*

Über Henochs Krankheit oder nervöse Purpura, von Francis A. Thompson-Milwaukee. (*New York med. Journ.* 26. Nov. 1898.) Diese Krankheiten sind ebenso wie die Peliosis rheumatica und Schönleins Krankheit unter dem Namen der Purpura rheumatica beschrieben worden. Der Verlauf ist der, daſs mit oder ohne Vorboten (Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit 10—14 Tage lang) meist Kolikschmerzen und Erbrechen und Diarrhoe sich einstellen, kurz darauf die Gelenke am Ellenbogen, Knie, Händen, Schultern und Wirbelsäule (Kreuz) anschwellen und an der Auſsenseite dieser Gelenke Petechien erscheinen. Die Anfälle von Erbrechen und Diarrhoe hören bald auf, unter der Haut bleiben unregelmäſsige Blutflecken von verschiedener Gröſse (bis zu 1 Markstück) zurück, welche auf Druck nicht verschwinden; sie halten ca. eine Woche an und gleichzeitig bestehen Symptome innerer Blutung, Blut im Urin mit Eiweiſs, auch im Darme (Stühlen). Die Prognose ist relativ ernst, da Nephritis oder die Folgen schwerer Blutung das Bild beschlieſsen könne. Recidive der Krankheit sind noch nicht beschrieben worden. Die Behandlung ist eine rein symptomatische, absolute Ruhe, kleine Dosen von Opium und hypodermatisch Atropin, zur Nachbehandlung Arsenik, am besten kombiniert mit Eisen, und andere tonische Mittel. Der Fall, welchen Th. im Anschluſs an diese Krankheitsbeschreibung kurz wiedergiebt, betraf ein elfjähriges Mädchen; es waren rechtes Hand- und Ellenbogen-, linkes Ellenbogen-Gelenk und die Kniee geschwollen und mit Petechien bedeckt, auf Druck jedoch

nicht empfindlich; nach Aussagen der Angehörigen war Diarrhoe und Erbrechen vorhergegangen. Das Kind blieb bloſs zwei Tage in Behandlung, soll aber später nach Angabe der Mutter am ganzen Körper und Gesicht mit Pünktchen und Flecken bedeckt gewesen sein. *Stern-München.*

Purpura haemorrhagica bei einem Kinde, von F. M. Andrewes. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1898.) Ein 15 Monate altes Kind erkrankte an einem hämorrhagischen Ausschlag, der für hämorrhagische Pocken gehalten wurde. Nach 36stündigem Kranksein starb das Kind. Die postmortale Untersuchung ergab keine andere Krankheit als eine Hämorrhagie in den Nebennieren. Die bakteriologische Untersuchung ergab ein völlig negatives Resultat. Die Blutung und der rapide Verlauf deuten auf irgend einen toxischen Prozeſs hin. Bei mit Diphtherie-Kulturen injizierten Meerschweinchen findet man nach dem Tode der Versuchstiere die Nebennieren hämorrhagisch infiltriert. *C. Berliner-Aachen.*

Fall von Morbus maculosus Werlhofii mit Darmblutungen bei einem 1½jährigen Kinde, von Axel Madsen. (*Ugeskr. for Læger.* 1898. No. 16.) Der Fall, der ein früher gesundes Kind betraf, verlief günstig im Verlaufe von ungefähr drei Wochen. Der Allgemeinzustand war fortwährend gut und die Temperatur normal. Auſser der Darmblutung fanden sich nur zahlreiche Petechien und sehr verbreitete Ekchymosen auf der Haut. Ätiologie unbekannt. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Traumatische Entzündungen.

Zum Kapitel „Gewerbekrankheiten", von Stern. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 33.) Der Verfasser beobachtete im Jahre 1897 nahezu gleichzeitig bei zwei Schneidern und drei Näherinnen ein vesikulöses Exanthem, das an den Händen, bezw. Streckseiten der oberen Extremitäten begann, sich von da aus über groſse Teile des Körpers verbreitete und mit heftigem Pruritus verbunden war. Der Charakter des vesikulösen Exanthems blieb stets und überall gewahrt; die mit seröser Flüssigkeit gefüllten Bläschen trockneten ein, nirgends wurde Nässen beobachtet. Die Fälle waren alle sehr hartnäckig, erst nach mehreren Monaten trat Heilung ein. Von den verschiedenen angewandten Mitteln schien die Unnasche Karbolsublimatseife noch am besten zu wirken. — Scabies konnte in allen Fällen mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dagegen läſst der Verfasser die Frage offen, ob es sich um ein rudimentäres Ekzem oder um ein selbstständiges vesikulöses Exanthem handelte. Der Beginn an den Händen deutet darauf hin, daſs die Beschäftigung die Ursache der Erkrankung war; möglicherweise sind es bestimmte Webarten oder in den Geweben enthaltene Farbstoffe, welche die Haut so reizen, daſs ein Exanthem entsteht. Jedenfalls bewirkte in einem später zur Behandlung gekommenen Falle Aussetzen der Arbeit rasche Heilung. *Götz-München.*

Die Behandlung von Brandwunden, von N. D. Chapman-Ludlowville. (*Med. News.* 3. Dez. 1898.) Von den angeführten vier Fällen beweist der erste nicht nur die, übrigens schon längst bekannte, Schmerzhaftigkeit der trockenen (Wismut-) Verbände, sondern auch deren Gefährlichkeit, da betr. Patientin wenige Wochen nach der Verletzung unter ausgesprochenen Zeichen der Wismutvergiftung verstarb. In den zwei weiteren Fällen muſste eben wegen der Schmerzhaftigkeit der trockene und im vierten Falle der Ölverband der Salbenapplikation weichen. Nach ausführlicher Beschreibung des letzteren, wo durch Fall in heiſses Salzwasser bei einem 25jährigen

Manne ausgedehnte Verbrennung an den Hinterbacken, Rücken, Bauch, einem Arm und Bein und beiden Handgelenken entstanden und nach 30 Tagen tadellose Heilung erzielt war, führt CH. folgende als Vorteile der Salbenverbände an, ohne jedoch beizufügen, welche Art von Salben er gebrauchte: 1. Leichte Applikation. 2. Große Erleichterung für den Patienten als kühlendes, nicht reizendes Mittel. 3. Sie trocknen nicht so rasch aus, brauchen also nicht so oft gewechselt zu werden. 4. Rasche Vernarbung. 5. Relative Ungiftigkeit. 6. Raschere Erholung als unter irgend einer anderen Behandlung. 7. Machen die Salben in einer guten Anzahl von Fällen Hauttransplantationen unnötig und sind 8. angenehm, reinlich und leicht zu applizieren. (Ohne die längst erprobte Nützlichkeit der Salben schmälern zu wollen, glaubt Referent doch, daß oft bei Beginn und nach Eröffnung von Brandblasen Okklusivverbände mit leicht antiseptischen Lösungen [Borwasser, Sublimat 1 : 2000—4000] geradezu unentbehrlich sind.) *Stern-München.*

Ein Fall von vasomotorisch-trophischer Neurose, von REIPEN. (Allg. ärztl. Verein in Köln. Sitz. vom 28. Juni 1897.) Der Patient erlitt am 28. August 1888 eine Quetschung der rechten großen Zehe, wurde Monate lang ohne Erfolg behandelt, kam am 13. Mai 1889 in die Behandlung des Redners. Starke Anschwellung der großen Zehe, die sich bis zur Mitte des Unterschenkels hinauferstreckte. Heftige ausstrahlende Schmerzen bis zum Knie. Der Fußrücken war gerötet und mit dunklen Flecken bedeckt. Der Fuß war kalt, zeigte schnell vorübergehende, starke Schweißabsonderung und Verminderung der Sensibilität. Am 19. Januar 1890 Amputation der großen Zehe wegen Caries, am 15. Januar 1892 Queramputation des Fußes über den Köpfchen der Mittelfußknochen. Trotzdem keine Besserung des Zustandes. Es zeigten sich in den nächsten Jahren neue trophische Ernährungsstörungen. Auf dem Fußrücken sowie an der äußeren und inneren Seite des Unterschenkels traten 1 bis 2 cm im Durchmesser große, rote, höchst schmerzhafte Flecken auf, die sich durch Ablösen der Epidermis zu Pemphigusblasen gestalteten und nach dem Aufbrechen oberflächliche, schwer heilende Geschwüre hinterließen. Therapie bisher erfolglos. *I. Bloch-Berlin.*

Salolekzem, von AXMANN. (Therap. Beilage No. 12 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 48.) Anschließend an NEISSERS Mitteilung über die ekzemerregende Wirkung des Mundwassers „Odol“ berichtet Verfasser über einen Prostatiker, der jedesmal nach dem Einnehmen von Salol (von dem das Odol 3% enthält) ein sich bis zur Rhagadenbildung steigerndes Lippenekzem bekam, das nach dem Aussetzen des Medikaments sofort schwand. *F. Hahn-Bremen.*

Odolekzem, von AXMANN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 5.) Verfasser wendet sich gegen die Anzapfungen, welche der Fabrikant des Odols ihm hat zu teil werden lassen wegen seiner Mitteilung eines Falles von Odol- oder Salolexanthem. Nach Angabe des Fabrikanten ist kein Salol im Odol, während mehre andere Chemiker ca. 3—4% darin gefunden haben. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Karbolgangrän, von HAVEMANN-Neukloster. (*Therap. Monatsh.* Okt. 1898.) Wegen einer Schnittwunde am rechten Daumen waren einem 5jährigen Knaben mehrmals Karbolumschläge gemacht worden. Eine Woche nach der Verletzung kam er in Behandlung des Dr. H.; nun war der ganze Daumen bis zur Mitte der ersten Phalanx, bis wohin der Verband immer gereicht hatte, tief grauschwarz gefärbt, gefühllos und völlig mumifiziert, also charakteristische Gangrän, welche durch eine deutliche Demarkationslinie abgegrenzt war. Eine Amputation wurde verweigert, die Abstoßung ging jedoch von selbst vor sich (nach vier Wochen) und schließlich be-

deckte eine schöne weiche Narbe den Stumpf; „die Hand ist scheinbar recht brauchbar geblieben.“ Welche Konzentration von Karbol angewandt worden war, konnte H. nicht in Erfahrung bringen. *Stern-München.*

Über die Pathogenese der trockenen Gangrän der Extremitäten nach Karbollösungen, von Ponzio. (*Giorn. int. d. scienze med.* 1898. No. 16.) Die verschiedenen Experimente des Verfassers an Tieren haben ihn zur Überzeugung gebracht, dafs die Gangrän der Extremitäten nach Anwendung von selbst schwachen Karbolverbänden ausschliefslich auf den Druck zurückzuführen ist, der mit dem Verbandzeug auf die affizierte Stelle ausgeübt wird. Selbst konzentriertere Karbollösungen, längere Zeit angewendet, haben sozusagen niemals schlimme Erscheinungen zur Folge.

C. Müller-Genf.

Verschiedenes.

Die Hutchinsonschen Zähne. (*Rif. med.* 1899. No. 49.) Während Hutchinson einzig dem Stillstand in der Entwickelung des Tuberculum med. der oberen bleibenden Schneidezähne einen Wert bei der Erkennung der hereditären Lues zuschreibt, bringt Fournier noch andere Symptome mit dieser Affektion in Zusammenhang, nämlich die Kleinheit und die Formveränderungen der Schneidezähne (welcher giebt er nicht an). Dem entgegen stellt nun Dentz (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1898. Heft 1 u. 2) die Frage auf, ob diese Entwickelungshemmung oder, besser gesagt, die Atrophie des Tuberculum med. der oberen Schneidezähne nicht vielmehr ein phylogenetischer Prozefs, der Anfang einer Reduktion der mittleren Schneidezähne, darstelle. Diese Hypothese beruht auf folgenden Grundlagen: Bekanntlich entwickelt sich der zweite Schneidezahn oft unter einer abnormen Gestalt. Aufserdem ist diese Erscheinung erblich, so dafs sie z. B. in einer Familie bei einem der Eltern und mehreren Söhnen beobachtet wurde. Dentz erblickte hierin einen progressiven Reduktionsprozefs, den man an den Zähnen des Genus Homo konstatieren könne. Nach der Ansicht der Zoologen hätten wir danach einen oberen und zwei untere Schneidezähne verloren. Darwin hatte seinerseits bereits auf das Kleinerwerden und Verschwinden der Weisheitszähne hingewiesen. Rosenberg hat sich ebenfalls mit der Frage beschäftigt und ist zum Schlusse gelangt, dafs der Mensch in früheren Zeiten fünf Schneidezähne gehabt haben mufs, deren Zahl nach und nach auf zwei zusammengeschrumpft sei. Gegenwärtig wären wir auf dem Wege, auch noch einen weiteren zu verlieren, sodafs sich die Zahl der oberen Schneidezähne auf einen reduzieren würde. Als erstes Anzeichen einer beginnenden Reduktion des zweiten oberen Schneidezahns betrachtet Dentz die Atrophie des Tuberculum med., die er denn auch wirklich beobachtet hat.

C. Müller-Genf.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. | №. 11. | 1. Juni 1899.

Zur Lehre über die Wachtumsrichtung der Haare in der ersten Anlage.

Von

Dr. T. OKAMURA
aus Tokio (Japan).

(Mit Tafel IV.)

Es wurden über die Haare eine grofse Anzahl von Arbeiten veröffentlicht. Die Autoren derselben beschäftigen sich teils mit der Entwickelung und dem Bau, teils mit der Phylogenie und der Ontogenie, jedoch nur wenige nahmen Rücksicht auf die Richtung der Haare. Es ist meine Absicht, in dieser Arbeit hauptsächlich die Haarrichtung zum Gegenstand einer genaueren Untersuchung zu machen.

Um diese Aufgabe zu lösen, mufs ich die Aufmerksamkeit einerseits auf die allgemeine Entwickelung, andererseits auf die erste Anlage in der Entwickelung der Haare, dann auf das erste Auftreten der Papille lenken, da dieselben mit einander im Zusammenhange stehen und daher nicht abgesondert behandelt werden können.

Es lag nicht in meiner Absicht, die Anordnung der Haare, den Haarstrich auf der Körperoberfläche zu erklären, sondern durch meine Untersuchung nur zu ermitteln, ob das Haar im Laufe seiner Entwickelung Wandlungen in seiner Richtung erfährt, und wie sich dieselben in histologischer Beziehung dabei verhalten.

Es ist bekannt, dafs am menschlichen Körper die meisten Haare schief wachsen, während sie an einzelnen Stellen, wie an den Augenbrauen und an den Lippen und der äufseren Nase, sowie die Vibrissen genau senkrecht stehen (UNNA, MARKS).

Ich will zunächst in Kürze über die Mitteilungen der älteren Autoren referieren, welche in dieser Frage von besonderer Wichtigkeit sind.

Was OSIANDER in seiner Arbeit über die Richtung der Haare angiebt, indem er die Ursache der schiefen Richtung und die Anordnung derselben einer elektrischen Strömung beimifst, will ich hier nicht näher berühren.

Eschrichts Mitteilungen über die Haarrichtung sind hauptsächlich bloſs auf die Anordnung der Haare beschränkt; dagegen ist durch die Arbeit Voigts der sichere Nachweis erbracht worden, daſs die Richtung der Haare vom Wachstum der Haut und der darunter liegenden Organe beeinfluſst wird. Auch Ecker bewies zur Genüge, daſs das Wachstum des Knochen- und anderen Gewebes nicht ohne Einfluſs auf die Richtung der Haare ist.

Was die Entwickelung der Haare anbelangt, so stimmen die diesbezüglichen Ansichten der meisten Autoren überein, daſs die erste Anlage der Haare von der Epidermis ausgeht (Kölliker, Feiertag, Waldeyer, Maurer u. a.). Die Ansicht, daſs die Haarkeime vom Bindegewebsteil der Cutis den Anstoſs zu ihrem Ursprunge erhalten, steht ganz vereinzelt da (Reissner, Goette), aber dieser Ansicht schlieſsen sich noch jetzt andere Autoren an (Retterer).

Ich habe ein sehr frühes Stadium der Haaranlage an verschiedenen Tieren (Hund, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratte, Schwein) und beim menschlichen Embryo untersucht, und zwar ein so frühes, daſs von einer bestimmt ausgesprochenen Richtung der Haaranlagen noch nichts zu sehen war. An verschiedenen Stellen und bei verschieden weit entwickelten Stadien habe ich jedoch entweder senkrechte oder der Haarrichtung folgende Schnitte angefertigt, um die allgemeinen Entwickelungsverhältnisse der frühesten Stadien kennen zu lernen.

1. Es handelt sich um Schweineembryonen von 3 cm Steiſs-Scheitel-Länge. An diesen machte ich zunächst einen vertikalen Hautschnitt (Fig. 1); da fand ich mit schwacher Vergröſserung stellenweise stärker tingierte Epithelverdickungen (*H*) mit etwas seitlich verschobenen Verdichtungen des darunter befindlichen Bindegewebslagers (*Hp*). Einige dieser Epithelverdickungen (H_2) fand ich stärker entwickelt als die übrigen; die entsprechende Verdickung des Bindegewebes war in Beziehung zur Haaranlage seitlich verschoben (*Hp*). Um diese Verdickungen, die gegen das darunterliegende Bindegewebe wachsen, lagern sich Bindegewebsverdichtungen an. Mit stärkerer Vergröſserung sieht man folgendes: An den Stellen, wo später die Haarkeime auftreten, sind die Basalzellen der Stachelschicht von der Umgebung scharf abgegrenzt und vergröſsert, auch die Kerne in denselben zeigen eine Vergröſserung. Obzwar an manchen Stellen noch keine Zellteilung aufgetreten ist, findet man dennoch bereits die verlängerten Zellen in eine schiefe Richtung geraten, und ihre Basalteile nähern sich derart, als hätten sie das Bestreben, einen Bogen mit der Konvexität gegen die Cutis zu bilden. Diesen eigentümlich schief angeordneten Zellkomplexen entsprechen Anhäufungen rundlicher Zellen des Bindegewebes, so zwar, daſs dessen dichteste Stellen in der Richtung obiger Zellen gelegen sind. In Figur 2 ist eine isolierte Stelle der Haar-

anlage unter seitlichen Verdichtungen des Bindegewebes besonders gezeichnet, um in einer zur Hautoberfläche senkrechten Richtung die Verschiebung der beiden über einander gelegenen Zellenlager deutlich zu sehen. Sobald nun die Zellteilung beginnt, findet eine solche im erhöhten Maſse bei jenen Epidermiszellen statt, die unmittelbar an die dichteren Massen von Bindegewebszellen anstoſsen; dabei gestaltet sich der Haarkeim zu einem kolbenförmigen Vorsprung, der in das unterliegende Bindegewebe reicht, um. Nun wächst der epidermoidale Haarkeim (Fig. 3, *H*) in die Länge, während die ihm anliegende Bindegewebslage (*Hp*) auf einer Seite, wie wir oben erwähnt haben, stärkere Auflagerungen aufweist als auf der anderen. Um die Zeit des ersten Auftretens der Papille gruppieren sich die Bindegewebszellen mehr an das proximale Ende (*pr*) des in die Länge gezogenen und schiefer gewordenen Haarkeimes, in welchen sie nach und nach hineinwachsen, um die Papille zu bilden.

2. Hundeembryonen 5 cm. Bei einem senkrechten Schnitte zeigt sich die vom Epitrichium bedeckte Epithelschicht aus mehreren Lagen von Zellen bestehend. Die der Haaranlage entsprechende Zelllage der Stachelschicht und ebenso deren Kerne zeigen Verlängerung und Vergröſserung, wobei sie sich pallisadenartig anordnen. Die Längsachse dieser verlängerten Zellen nimmt eine bestimmte Schieflage ein, und die darunter befindliche Bindegewebsschicht zeigt sich an der dem Epidermiskomplex entsprechenden Stelle verdichtet, jedoch nicht gleichmäſsig, sondern die in der Fortsetzung obiger schief gewachsener Zellen gelegene epitheliale Anlage ungleich mächtiger. Diese verdichtete Bindegewebsschicht besteht vorwiegend aus rundlichen Zellen.

Man sieht zuweilen kegelförmige Bindegewebshöcker gegen die Epidermisschicht ziehen (Goette). Von einer umschriebenen Stelle dieser die Bindegewebshöcker überziehenden Epidermisschicht geht eine Wucherung in bestimmter Richtung aus. Um diese gewucherten Stellen lagern sich in Gruppen vereinigte Zellen der Bindegewebsschicht. Bei einem folgenden Stadium der Weiterentwickelung dringen die Epithelzapfen mehr ins Bindegewebe ein.

Schon die Epithelzapfen sehr früher Stadien zeigen hier bereits eine bedeutende Schiefstellung, und wir sehen, daſs sich selbst an diese noch kurzen Zapfen die einseitig verdichteten Bindegewebszellen herandrängend bereits eine nischenartige Vertiefung (Fig. 4, *N*) gegen die Epithelformation bilden, welche sich immer mehr ausgestaltet. Selbstverständlich nehmen mit fortschreitender Entwickelung auch diese Vorgänge an Deutlichkeit zu.

3. Bei menschlichen Embryonen von 10 cm erhält man an verschiedenen Hautschnitten Stellen einer Entwickelungsphase, welche den obigen bisher geschilderten Bildern entsprechen. Aus der basalen Zell-

reihe der Epidermis gehen die Haaranlagen hervor, und zwar sind an dem Ausgangspunkte derselben die Zellen verlängert, vergröfsert und etwas gegen einander gerückt. An manchen Stellen ist bereits Zellteilung und Zellwucherung vor sich gegangen. Hieraus entstehen die Haarkeime, die bereits eine mehr oder minder in die Augen fallende Verdrängung nach einer Seite hin, geneigte oder ausgesprochene Schiefstellung aufweisen. Um die Haarkeime, sowohl des allerjüngsten Stadiums als auch um die bereits zapfenförmig gestalteten Haaranlagen, finden sich, ebenso wie in den früher geschilderten Bildern, dicht angeordnete Bindegewebszellen, und zwar mehr gehäuft an jener Seite des Haarkeimes, die mit der Hautoberfläche einen spitzen Winkel bildet.

Hier habe ich keine die Hautoberfläche überragenden Bindegewebshöcker gefunden, sondern das Epitrichium und die Hornschicht bilden einen vollkommen ebenen und gleichmäfsigen Überzug.

4. Rattenembryo 3 cm. Die Epidermis besteht aus rundlichen Zellen mit ebensolchen Kernen. Die Kerne der Bindegewebszellen zeigen gleichfalls eine mehr rundliche Form. An den Haaranlagen sind die Zellen der Stachelschicht intensiver tingiert und ein bischen vergröfsert, jedoch läfst sich eine Verlängerung der Zellen und deren pallisadenförmige Anordnung nicht leicht erkennen (Fig. 5, *H*). Im allerjüngsten Stadium der Haaranlage nimmt man an den betreffenden Zellen keine Schieflage wahr, wahrscheinlich aus dem Grunde, weil die Zellen eine mehr rundliche Form haben. Bei der fortschreitenden Ausbildung der Haarkeime kommt ihre zapfenförmige Gestalt immer mehr zur Geltung; desgleichen wird jetzt erst eine Schiefstellung der Zellen deutlich wahrnehmbar. Die Anhäufungen von Bindegewebszellen (*Hp*) sind wie in den früheren Fällen nach der Richtung hin mächtiger, welche später das entwickelte Haar einnimmt. An diesen Präparaten kann man beobachten, wie ein Teil der dichteren Bindegewebszellen allmählich gegen den Boden des Haarkeimes vordringt und dabei die zapfenförmige Gestalt der künftigen Papille vorbereitet. Erhebungen der Bindegewebshöcker habe ich hier nicht gefunden. Es hat sich herausgestellt, dafs bei diesem Schnitte im allgemeinen die Schiefrichtung der Haarkeime eine auffallende genannt zu werden verdient, da sie auch schon bei Haarkeimen mit ganz kurzen Zapfen vorkommt, und sich aufserdem noch frühzeitiges Auftreten der Bindegewebspapillen hinzugesellt.

Von Meerschweinchen- und Kaninchenembryonen angefertigte Schnitte der Haut haben keine Verschiedenheit von den angeführten Fällen ergeben, weshalb ich hier nicht näher darauf eingehe.

Gestützt auf die Schilderung vorstehender Ergebnisse meiner Untersuchungen erlaube ich mir nun folgendes zusammenzustellen.

In Übereinstimmung mit den Autoren Kölliker, Feiertag, Waldeyer,

Maurer u. a. stelle ich über die erste Anlage des Haares folgende Sätze auf: Im allgemeinen wird die erste Haaranlage von der Epidermis gebildet. An den Ursprungsstellen der Haarkeime weisen die betreffenden Epithelzellen entweder Vergrößerung oder Verlängerung auf; gleichzeitig werden ihre Kerne vergrößert und stäbchenförmig. Durch die Vergrößerung und Verlängerung der Zellen der Stachelschicht werden zuweilen die Epidermiszellen an der umschriebenen Stelle über das Niveau der Hautoberfläche gehoben, weshalb man an den entsprechenden Stellen rundliche Höckerchen wahrnimmt. Die pallisadenförmige charakteristische Anordnung der Epithelzellen im Haarkeime habe ich ebenso wie Maurer in den meisten Fällen von embryonalen Hautschnitten beobachten können; nur bei der Ratte habe ich sie vermißt.

Meistenteils zeigen die vergrößerten oder verlängerten Zellen der frühesten Entwickelungsperiode bereits eine geringe Schiefstellung. Die Zellen nehmen eine Stellung an, welche der Axe der Schiefstellung des Haares entspricht. Zu gleicher Zeit nimmt man wahr, wie die Bindegewebszellen gleichzeitig oder sofort nach der Verlängerung der Epidermiszellen sich anhäufen, und zwar besonders dicht an der der Neigung des Haarkeims zugekehrten Seite. Wenn auch diese Neigung der Epidermiszellen hier und da unklar ist, so erfolgt doch die Anhäufung der Bindegewebszellen an der der zukünftigen Neigung angrenzenden Seite.

In jener Entwickelungsphase, in welcher die Epithelzellen einen kolbenförmigen Fortsatz bilden, der mit der angrenzenden Stachelschicht an einer Seite einen stumpfen und auf der anderen einen mehr spitzen Winkel bildet, ist die Haaranlage von mehr oder weniger dichtgelagerten Bindegewebszellen umgeben. Am dichtesten sind die Bindegewebszellen an jener Seite des Haarkeimes gelagert, der mit der Hautoberfläche einen spitzen Winkel einschließt.

Die Neigungswinkel der Haare sind in ihrer Größe sehr verschieden und im Anfange so klein, daß wir im Anfangsstadium schwach geneigter Haare auch mit optischen Hülfsmitteln das Vorhandensein einer solchen Neigung nur schwer erkennen; aber auch schon bei solchen Haarkeimen mit einer nur schwer nachweisbaren Schiefrichtung ist obige einseitige Anhäufung von Bindegewebszellen sichtbar.

Im Verlaufe des Wachstums des Epidermisfortsatzes sehen wir manchmal schon früher, in der Regel aber zu einem späteren Zeitpunkte, die Papille auftreten, und zwar entsteht sie auf folgende Weise. An der Spitze des Epidermisfortsatzes treten immer mehr und mehr Ansammlungen von Bindegewebszellen auf, von denen sich einige Zellen gegen das Epithellager vordrängen, eine Nische bilden, in welche sie sich dann einzulagern beginnen.

An Präparaten von Hunden und anderen Tieren konnte ich wie

Goette und Reissner mit rundlichen Zellansammlungen erfüllte Bindegewebshöcker, von Retterer als Konjunktivknoten bezeichnet, nachweisen. Ferner sah ich auch, wie die Zellen der darüber gelagerten Epidermis in die Tiefe wuchern und förmlich nach Art der Papillen die ihnen entgegenwachsenden Bindegewebshöcker zu umfassen suchen. Die Wucherung der Epidermiszellen nimmt ihren Ursprung ganz unregelmäſsig, und zwar sowohl von den Seiten des Höckers, als auch von den Übergangsstellen derselben an die angrenzende nicht erhobene Epidermisschicht. Von der ebenen Epidermispartie, die sich der höckerigen anschlieſst, geht auch eine gleichartige und gleichzeitig auftretende Wucherung aus, wie schon oben angedeutet wurde. Marks hat den Bindegewebshöcker in der Cutis ausschlieſslich nur bei den Sinushaaren beschrieben. Auf die Bedeutung der Bindegewebshöcker will ich hier nicht näher eingehen; jedoch kann ich nicht umhin zu bemerken, daſs die Bindegewebshöcker jedenfalls mit den Papillen nicht identisch sind und auch nicht den Anlaſs zur Bildung des Haarkeims geben, da ich, wie Feiertag und Maurer, fand, daſs dieselben nur inkonstant vorkommen, und nicht wie Retterer nach seinen am Pferde gemachten Untersuchungen sich äuſsert: „Le nodule conjunctiv précède toujours le nodule épithélial.“

Was die Anlage der Papille anbetrifft, so stimme ich völlig mit Feiertag und Schulin überein, die nämlich in Wucherungen der Cutis am Grunde des Haarkeimes die erste Anlage der Papille erblicken, jedoch kann ich speziell die einseitig dichter angeordneten Bindegewebszellen dieser Wucherungen im allerfrühesten Stadium als die **eigentliche erste Papillenbildung** anführen.

Daſs diese die epidermoidalen Wucherungen umgebenden Bindegewebszellen den nachmaligen Haarbalg bilden, ist bekannt; ich möchte aber noch hinzufügen, daſs sie auſserdem bereits die Anlage der Papille enthalten. Nach der ausgesprochenen Schiefstellung der Haare befinden sich die Papillen in einer verschiedenen Zeitphase der Entwickelung und zwar scheint mir, daſs bei sehr schiefen Haaren die Papille frühzeitiger auftritt als bei anderen (Hund, Ratte).

Der senkrechte Stand der Haarkeime im jüngsten Entwickelungsstadium läſst sich ebensowenig genau nachweisen wie ihre Schieflage, jedoch spricht für letztere schon der Umstand, daſs man bei anderen Fällen desselben embryonalen Stadiums bereits eine Verdrängung der Zellen nach einer Seite hin und die hieraus resultierende Schiefstellung der Haarkeime zu beobachten vermag. Denn, wenn schon in einem solchen Stadium die Zellen keine Neigung erkennen lassen, so ist dies der Fall infolge ihrer geringen Gröſse und ist auch infolge der Kleinheit der Zellen keine auffallende, sondern sie wird erst erkannt, wenn die Zelle bereits zum Haarkeim geworden eine ziemliche Länge aufweist.

So habe ich beim Schwein und Hund bei einer einfachen Zellreihe die Neigung der Zellen genau unterscheiden können, und zwar von Zellen, die zu sehr schief wachsenden Haarkeimen werden. Ich bemerke ferner, daſs an den senkrecht in die Tiefe wuchernden Epidermiszapfen bloſs an einer Seite immer diese Ansammlungen von Bindegewebszellen sitzen, was ich als einen deutlichen Hinweis für die später eintretende Schiefstellung des Haarkeimes zu halten mich berechtigt glaube; denn in allen Fällen, wo die Epidermiswucherungen eine geringere Neigung aufweisen, finden wir an der Seite dieser Neigung die dichten Bindegewebshaufen. Aus diesem Verhalten aber kann ich logischerweise auch den Schluſs ziehen, daſs auch in jenen Fällen, wo der Epidermiszapfen senkrecht ist, diese dichtgedrängten Bindegewebszellen eine Schieflage einnehmen und somit die Schiefrichtung der Haarkeime zu bedingen scheinen.

Die Papille der bereits fertigen Haare entwickelt sich in einer der Längsachse der Haare anschlieſsenden Richtung; die Fälle, wo Schulin eine Winkelbildung der Papillenaxe mit der Haaraxe gefunden, bilden nur Ausnahmen vom obigen Gesetze. In dem Stadium der Haarentwickelung, wo dasselbe als Haarkeim angesprochen wird, findet sich im Anschlusse an die Schieflage des Haarkeimes eine ebenso seitlich gelagerte dichte Anhäufung von Bindegewebszellen, und es unterliegt keinem Zweifel, daſs diese Zellen die Anlage der Papillen vorstellen. Diese Bindegewebshülle der Haarkeime gestaltet sich später zum Haarbalge um und deutet eben in jener dichteren Partie die Anfänge der Papille an. Maurer sieht auch in diesen Bindegewebszellen des jüngeren Stadiums den späteren Haarbalg und die spätere Papillenanlage, ohne jedoch die einseitige Verschiebung der Papillenanlage zu erwähnen. Ich war selbst oft genug nicht in der Lage, bei manchen Schnitten diese Anhäufung von Zellen zu sehen, hatte aber hierfür die naheliegende Erklärung, daſs offenbar der Schnitt in einer ungünstigen, dem Zutagetreten dieser Zellengruppen durchaus hinderlichen Richtung angefertigt war. Meine Annahme wurde denn auch durch Serienschnitte vollständig erklärt, denn im Verlaufe dieser Schnitte fanden sich immer solche mit nachweisbaren Anhäufungen von Bindegewebszellen.

Es ist zweifellos, daſs für das Schiefwachsen der Haare sowohl Bedingungen ontogenetischer Natur bestehen, als auch die Wachstumsverhältnisse der Haut und der unterliegenden Organe möglicherweise darauf wesentlichen Einfluſs nehmen. Letztere Verhältnisse haben schon Arbeiten von Voigt und Ecker, in der neuesten Zeit auch Schein, ausführlich nachgewiesen. In einer sehr umfangreichen und instruktiven Abhandlung giebt Voigt seiner Meinung dahin Ausdruck, daſs die kegelförmigen Haaranlagen senkrecht zur Hautoberfläche stehen und von der Epidermisschicht überzogen sind. Bei der Weiterentwickelung zum Haar-

keime bekommt derselbe eine Schiefrichtung und zwar aus dem Grunde, da der oben fest, unten aber nur locker an seine Unterlage gebundene Haarkeim, der Wachstumsrichtung der sich vergröſsernden Hautoberfläche folgend, eben in eine Schiefrichtung geraten muſs; auch meint VOIGT, daſs die Wachstumsrichtung der Haut vor dem Erscheinen der Haarkeime auch bezüglich des Haarwachstums in Betracht zu ziehen sei.

VOIGTS Behauptung dagegen, daſs sekundäre resp. successive Einflüsse dieses Wachstumsverhältnis der Haut bedingen, kann nur unwesentliche Bedeutung zugemessen werden; vielmehr ist es meine Überzeugung, daſs schon von allem Anfange an durch die erste Anlage der Papille die Haarkeime eine schiefe Richtung einnehmen, in welcher sie dann beharrlich weiter wuchern. Was die Haarkeime des späteren Entwickelungsganges stärker geneigt erscheinen läſst, ist der Umstand, daſs sie auch in die Tiefe dringend an Länge zunehmen, und dadurch eine stärkere Schieflage zum Ausdruck kommt. Einer etwaigen Annahme über die Beeinflussung der Haarrichtung durch das Epitrichium kann ich durchaus nicht zustimmen; denn wie sollte sich ein derartiger Einfluſs auf das erste Stadium der Haarkeime, wo dieselben nur eine einzellige, aber bereits geneigte Schicht repräsentieren, geltend machen können, da man in erster Linie die seitliche Anlage der Papille berücksichtigen muſs.

REISSNER, GOETTE etc. haben in ihren Arbeiten das Schiefwachstum der Haare nur berührt, ohne auf die Gründe desselben näher einzugehen, mit der Angabe, daſs die jüngsten Haarkeime senkrecht stünden. Auch MAURER acceptiert diese Ansicht, indem er hinzufügt, daſs mit dem Auftreten des Haarschaftes erst die schräge Haarrichtung zum Vorschein komme. UNNAS Ansicht über diesen Vorgang geht, wie ich aus *Ziemssens Handbuch der Hautkrankheiten* citiere, dahin, daſs die schräge Stellung der Haare immer noch zunimmt, je länger die Haarbälge werden, da sie in vertikaler Richtung lange nicht genügenden Platz innerhalb der Cutis haben und je schräger sie zu liegen kommen, je ungleicher die Spannung der Cutis auf beiden Seiten des Haares dadurch wird, desto deutlicher tritt an ihnen, gleichsam wie eine Hemmung, ein feines Muskelbündel auf, welches den immer gröſser werdenden stumpfen Winkel zwischen Haar und Oberfläche überbrückt, die Anlage des Arrector pili. Weiter sagt UNNA: An Orten mit schräg liegenden Haaren dringen nur die sekundären Haaranlagen in die bereits verdickte Cutis viel senkrechter ein als die primären, und nehmen erst im weiteren Wachstum allmählich eine schräge Lage an.

Somit ist die Angabe KÖLLIKERS, daſs die Schiefstellung der Haare in der ersten Anlage zu suchen ist — welcher Angabe auch BLASCHKO beistimmt — bestätigt und dahin erweitert, daſs mit der ersten Anlage des schiefstehenden Haarkeimes Vorgänge in der angrenzenden Cutis sich manifestieren, welche sich auch an der Schiefstellung beteiligen. Durch

die seitlich angehäufte Zellenmasse in der Bindegewebsschicht, welche der Haaranlage angrenzt, ist gleichzeitig die Anlage für eine seitlich gelegene Papille des künftigen Haares gegeben. Die Bedingungen zur Schiefstellung liegen sowohl in dem Epithellager als in dem dasselbe umgebenden Substrat der mesodermalen. Elemente. Zum Schlusse meiner Ausführung will ich noch ESCHRICHTS Angabe „von einer Regelmäſsigkeit im natürlichen Wachstume“ gedenken und glaube mich zu dem Ausspruche berechtigt, daſs auch beim Schiefwachsen sowohl das allgemeine Wachstumsgesetz, als auch irgend eine noch unbekannte Thatsache ontogenetischer Natur eine entscheidende Rolle spielt.

Resumé.

1. Die erste Anlage des Haares entsteht durch eine umschriebene Wucherung der tiefsten Lage der Epithelschicht.

2. Gleichzeitig oder sofort nach der Wucherung der Epithelschicht zeigt sich bei den unmittelbar sich anschlieſsenden Bindegewebszellen eine Verdichtung, welche immer an einer Seite besonders mächtig ist.

3. Die Anlage der Papille ist schon im jüngsten Haarkeime enthalten, und zwar immer auf der der Schrägheit entsprechenden Seite, und geht aus dieser Anhäufung der Zellen hervor, wobei auch gleichzeitig die Haarkeime in schiefe Stellung geraten.

Es ist für mich eine angenehme Pflicht, zum Schlusse meiner Arbeit dem Herrn Professor SCHENK meinen tiefgefühlten Dank für die Anregungen, die er mir reichlich bot, sowie für das Material, das er mir in der liebenswürdigsten Weise zur Verfügung gestellt hat, auszusprechen.

Litteratur.

1. BLASCHKO. Beiträge zur Anatomie der Oberhaut. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1887. Bd. XXX.
2. BRUNN. Haut. *Bardelebens Handbuch der Anatomie des Menschen.* 1897.
3. ECKER. *Arch. f. Anthrop.* Bd. XII.
4. ESCHRICHT. Über die Richtung der Haare am menschlichen Körper. *Müllers Arch.* 1837.
5. FEIERTAG. Über Bildung der Haare. Diss. Dorpat 1875.
6. GOETTE. Morphologie der Haare. *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1868. Bd. IV.
7. KÖLLIKER. Zur Entwickelungsgeschichte der Haut. *Zeitschr. f. wissenschaftl. Zoologie.* 1850. Bd. II.
8. MARKS. Untersuchung über die Entwickelung der Haut, insbesondere der Haar- und Drüsenanlagen bei den Säugetieren. Diss. Gieſsen 1897.
9. MAURER. Hautsinnesorgane, Federn- und Haaranlagen und deren gegenseitige Beziehungen. *Morphol. Jahrb.* 1892. Bd. 18.
10. OSIANDER. *Commentationes societatis regiae scientiarum Goettingensis recentiores.* 1820. Vol. IV.

11. Reissner. Beiträge zur Kenntnis der Haare des Menschen und der Säugetiere. Breslau 1854.
12. Retterer. Premiers phénomènes du développement des poils du cheval. *Compt. rend. de la soc. de biol.* 1894. Bd. I, S. 9.
13. Schein. Über das Wachstum der Haut und der Haare beim Menschen. *Wiener med. Presse.* 33. Jahrg. 1892. — Dasselbe. *Wiener klin. Wochenschr.* 1892. Bd. 5. — Dasselbe. *Arch. f. Dermatol. u. Syph.* 1892. Bd. 24.
14. Schulin. Beiträge zur Histologie der Haare. *Zeitschr. f. Anat. u. Entwickelungsgeschichte.* 1876. Bd. 2.
15. Stöhr. Lehrbuch der Histologie. 1896.
16. Unna. *Ziemssens spezielle Pathologie und Therapie.* 1883. Bd. XIV.
17. Voigt. Abhandlung über die Richtung der Haare am menschlichen Körper. *Denkschr. d. Wien. Akad. d. Wissensch.* Bd. XIII. Wien 1857.
18. Waldeyer. Atlas der menschlichen und tierischen Haare. 1884.

Erklärung der Abbildungen.

Sämtliche Abbildungen stellen uns Durchschnitte, senkrecht zur Hautoberfläche gelegt, aus verschiedenen Stadien der Entwickelung dar.

Fig. 1 stellt uns einen Durchschnitt eines Schweineembryos von 3 cm Länge vor.

Ep Epithellager.
C Cutislage.
H, H_1, H_2 Anlage der Haare.
Hp entsprechende Verdickung der Zellenmassen in der Cutis, die nach links in der Zeichnung stärker als an der rechten Seite des Haares zu sehen ist. Bei H_2, wo die Anlage des Haares in der Entwickelung vorgerückter ist, ist das Verhältnis zwischen der Haaranlage H_2 und der seitlich gelegenen dichteren Zellmasse in der Cutis *Hp* am deutlichsten zu sehen.

Fig. 2. Die mit H_1 bezeichnete Haaranlage von Fig. 1 isoliert gezeichnet.

H Verdickungen in der Epidermis als Haaranlage.
Hp seitliche Verdichtung der Zellen der Cutis, deren Anlage richtend auf die spätere Stellung des Haares wirkt.

Fig. 3. Ein Durchschnitt aus einem vorgerückteren Stadium einer Haaranlage *H*; mit einer seitlichen Verdickung der Cutiszellen *Hp* von einem Embryo des Schweines von vorgerückterer Entwickelung als in Fig. 1.

Ep Epithellager.
C Cutis.
Pr Proximales Ende des Haarkeimes.

Fig. 4 stellt einen Querschnitt durch die Haut eines Hundeembryos von 5 cm Länge dar.

Ep Epithel.
H Haaranlage; als tieferliegende epitheliale Verdickung.
Hp Bindegewebige Verdickung an der einen Seite des Haares, entgegengesetzt der Richtung des Haares.
N Nische.

Fig. 5 stellt einen Durchschnitt der Haut eines Rattenembryos von 3 cm Länge dar.

Ep Epithel.
H Haaranlage, bei der die Zellen noch keine bestimmte Richtung zeigen.
C Cutis.
Hp Bindegewebige Verdichtung der Zellen in der Richtung des später entwickelten Haares.

Aus der gröfseren Reihe meiner Präparate habe ich die vorstehenden Bilder von den Durchschnitten gebracht, aus denen die ursprünglich angelegte Schiefstellung der Haare in der ersten Anlage deutlich ersichtlich ist. Um jede Überhäufung von Zeichnungen zu vermeiden, beschränke ich mich nur auf die fünf geschilderten Figuren und behalte mir eine weitere Ausnützung meiner Präparate von Menschen und Säugetieren in einer später zu publizierenden, ausführlicheren Arbeit, die ich in meiner Heimat durchzuführen gedenke, vor.

Über chlorotische Dermatosen.

Von

Dr. FUNK-Warschau.

In diesen kurzen Zeilen übergehe ich gänzlich manche die Chlorose begleitende Hautneurosen, wie Urticaria, Hautödeme, Frostbeulen, abnormes Schwitzen u. a. m., und befasse mich ausschliefslich mit einer Gruppe von Dermatosen katarrhalischen Charakters, welche die Bleichsucht häufig begleiten und einigermafsen ihr äufseres Merkmal bilden. Die Bedeutung dieser Hautleiden wird noch durch ihr frühzeitiges Auftreten erhöht; sie gehören sämtlich zu den Initialsymptomen der Bleichsucht und haben mir oft zum frühzeitigen Erkennen der Grundkrankheit verholfen.

Unter dem Einflusse der Bleichsucht entstehen im Enchyderm Ernährungsstörungen katarrhalischen Charakters, unter dem klinischen Bilde des Ekzems, der Akne, der Seborrhoe in ihren mannigfachen Abarten; der Haarausfall, eine Folgeerscheinung des Hautkatarrhs, gehört zu den frühesten Symptomen der Bleichsucht. Sämtliche Prozesse spielen sich meistens an der Gesichts- und Kopfhaut ab, und bilden ein Ganzes, indem sie oft nebeneinander auftreten. Die Seborrhoe, der fettige Katarrh der Haut — das Analogon der schleimigen Katarrhe der Mukosen —, bildet oft die gemeinsame Grundlage aller dieser Vorgänge. Auch stehen diese Hauterkrankungen sicherlich in einer Linie mit chlorotischen Schlundkatarrhen und den bei Chlorose herkömmlichen Katarrhen der Geschlechtsorgane.

Akne in ihren mannigfachen Abarten begegnen wir sehr oft bei bleichsüchtigen Mädchen. In den leichtesten Fällen finden sich Komedonen

zerstreut an der Stirn oder am ganzen Gesicht, oft mit Haarausfall vergesellschaftet. Zu den alltäglichen zählen wir die pustulöse disseminierte Akne, welche vollständig der Jünglingsakne entspricht; diese banale Akneform wird mitunter auch bei nichtchlorotischen Mädchen gefunden. Zu den bei Mädchen selteneren gehört die indurierte Akne mit tieferen Infiltraten; die Lokalisation dieser Akneform an der Nasenhaut und ihrer Umgebung ist ohne Zweifel eine der hartnäckigsten. Ziemlich selten, jedoch für Chlorose sehr typisch, ist eine symmetrisch an der Wangenmitte lokalisierte papulo-pustulöse Akne, welche — in den nicht behandelten Fällen — kleine Narben hinterläfst; ebenso selten kommt bei jungen Mädchen Akne am Kinn vor.

Wie wir erwähnt haben, wird Seborrhoe sehr oft neben Akne, besonders neben pustulöser und indurierter Akne, an der Gesichts- und Kopfhaut gefunden. Auf blasser, trockner, von Seborrhoe freier Haut begegnen wir meistens blofs Komedonen, hingegen bei bestehender Seborrhoe entstehen (unter dem Einflusse der Pyokokken) pustulöse und indurierte Aknearten. In zahlreichen Fällen exacerbiert Akne periodisch bei jeder Menstruation.

Bei Seborrhoe der Gesichtshaut ist die letztere ein wenig gerötet, auch stellenweise leicht gedunsen, mit fettiger Oberfläche und klaffenden Follikelmündungrn. Neben Seborrhoe der Kopfhaut wird mitunter Acne pilaris an den Schläfen gefunden, auch entsteht in manchen anderen Fällen ein nässendes Ekzem hinter den Ohren. Bei schuppender Seborrhoe finden wir die Gesichts- und Kopfhaut blafs, trocken und fein abschuppend. Beide Umstände, Talghypersekretion und Desquamation, alternieren und kombinieren sich untereinander. Vermutlich bildet die Talghypersekretion (analog der Schleimhypersekretion bei mukösen Katarrhen) eine primäre Erscheinung, während die Abschuppung als eine sekundäre, eine Folgeerscheinung der Entzündung aufzufassen ist, wie wir es klinisch und experimentell an mannigfachen Hautentzündungen täglich wahrnehmen können.

Zu den häufigen Begleiterscheinungen der Bleichsucht gehört die Seborrhoe en plaques, welche symmetrisch an den Wangen, seltener an der Stirn, in Form von runden, blassen, gelbrötlichen oder roten, feinschuppenden Flecken auftritt. Auch wird nicht selten die diffuse schuppende Seborrhoe der Gesichts- und Kopfhaut, seltener eine universelle Form beobachtet.

Der Haarausfall gehört zweifellos zu den alltäglichen und frühzeitigsten Erscheinungen der Chlorose. Wie es scheint, fallen eben die üppigsten Haare am leichtesten aus, was nicht schwer zu erklären ist. Die Kopfhaut ist dabei meistens leicht gerötet, mit Talg und Schuppen bedeckt; auch wird die Seborrhoe der Kopfhaut oft von Jucken begleitet.

Ich mufs aber zugeben, dafs in manchen Fällen vom chlorotischen Defluvium keine, dem blofsen Auge zugängliche Hautveränderungen wahrzunehmen sind.

Ekzeme zählen wir zu den selteneren Begleiterscheinungen der Bleichsucht, auch spielen möglicherweise bei Entstehung der chlorotischen Ekzeme andere, so z. B. nervöse Momente mit. Wir haben das trockne und nässende Ekzem der Gesichts- und Kopfhaut öfters bei chlorotischen Mädchen beobachtet, mitunter auch ein nässendes Ekzem an den Kniekehlen, ein vesikulöses Ekzem an Handrücken und Fingern, das letztere einmal bei zwei an Chlorose leidenden Schwestern. Zu den seltensten zählen wir das universelle trockene oder stellenweise (an Gesicht und Extremitäten) nässende Ekzem, auch habe ich einmal bei schwerer Chlorose ein universell disseminiertes, krustöses Ekzem en plaques beobachtet.

Bei jungen Stillenden entstehen leicht unter dem Einflufs der Chlorose Schrunden und Ekzem an der Brustwarze; dieser Zusammenhang von Fissuren, Ekzem der Brustwarze und Mastitis mit Chlorose wurde von mir in zahlreichen Fällen beobachtet. Aus dem Gesagten ergiebt sich von selbst die Vorbeugung dieser qualvollen Zustände.

Manche gemeinschaftliche Züge, wie blasse Röte, mäfsiges Jucken, geringe Neigung zum Nässen, torpider Verlauf, sind den meisten chlorotischen Ekzemen eigen.

Trotzdem diese Hautkatarrhe in den Anfangsstadien der Bleichsucht zu entstehen pflegen, werden, auch bei scheinbar blühenden Mädchen, zahlreiche Erscheinungen der Chlorose leicht zu konstatieren sein. Zu den frühesten und sichersten gehören zweifellos Symptome seitens der Geschlechtsorgane, in erster Linie somit die so mannigfachen Anomalien der Menstruation.

Es mufs noch zugefügt werden, dafs dieselben Hauterkrankungen auch bei Recidiven der Chlorose — bis zum 30. Lebensjahre — zu entstehen pflegen.

Es fällt schwer, die Frage zu beantworten, welcher Art ist der Zusammenhang zwischen Chlorose und den Hautkatarrhen, welches sind die Bindeglieder zwischen dem Allgemeinleiden und den Lokalerkrankungen. Es läfst sich vermuten, dafs die unter dem Einflufs der Chlorose entstandene Ernährungsstörung der Haut das Verhältnis des Gewebes zur Aufsenwelt ändert. Das leidende Hautgewebe reagiert in krankhafter Weise auf mechanische, Licht- und Wärmeeinflüsse, auch manche, besonders pyogene, Mikroorganismen, harmlose Bewohner der gesunden Hautoberfläche, entfalten nun ihre Wirkung. Es wird vermutlich infolge der Ernährungsstörung die normale Widerstandskraft der Oberhaut gebrochen.

Ähnliches Zusammenwirken innerer und äufserer Faktoren liegt zahlreichen Haut- und Schleimhautleiden zu Grunde.

Bei Jünglingen im Stadium der Geschlechtsreifung finden wir ebenfalls, wie bekannt, Seborrhoe und Akne. Ich habe bei diesen Jünglingen oft eine nicht leicht übersehbare Herabsetzung der Ernährung gefunden, welche als vages Analogon der weiblichen Chlorose anzusehen ist. Verdauungsstörungen nervösen Charakters, auch evidente Magenatonien, waren in diesen Fällen oft zu konstatieren. Ich habe oft starke Polydypsie notiert; Symptome der „Dyspepsie des liquides“ mit Gefühl der Schwere in der Magengrube nach dem Essen, Kopfschmerz, Schwindel, Appetitmangel u.a.m. waren in diesen Fällen oft sehr markiert. Mit diesem Symptomenkomplex waren eben ernstere pustulöse und indurierte Aknefälle vergesellschaftet. Eine ererbte familiale Disposition der Haut war in den meisten Fällen der juvenilen Akne eruierbar, und, wie bei so manchem Leiden, ist die krankhafte Disposition gewisser Gewebe als Causa causarum anzusehen.

Ebenso wie die erwähnten, die Chlorose begleitenden Dermatosen entsteht die Chlorose selbst auf dem Boden einer vererbten Disposition. Es häufen sich Fälle von Bleichsucht in manchen Familien in eigentümlicher Weise. Ich habe Serien von Chlorosefällen nicht nur in einer Familie, sondern in einer Gruppe nahe verwandter Familien wiederholentlich gesehen. Auch die Art der Hauterkrankung war in manchen Familien einigermafsen gleichförmig, so wurde z. B. in mancher Familie vorwiegend Haarausfall, in einer anderen durchgehend Akne beobachtet. Ererbte Anlage beherrscht somit das ganze Krankheitsbild. Genau dasselbe habe ich gefunden, als ich vor Jahren den Zusammenhang von Rhachitis mit der kindlichen Urticaria studiert hatte. Sowohl Rhachitis, als auch die mit derselben verbundene Urticaria der Säuglinge habe ich vielfach serienweise in manchen Familien und Familiengruppen beobachtet.

Noch einige Worte über den vermutlichen Einflufs der chlorotischen Verdauungsstörungen auf das Hautorgan. Grobe Diätfehler, wie vermehrte Flüssigkeitsaufnahme (Thee, Wasser), bis 1—1½ Liter auf einmal und bis 3—5 Liter für den Tag, habe ich mehrmals aufgezeichnet, besonders bei pustulöser und indurierter Akne, sowie beim Ekzem; sie fehlten hingegen bei Chlorosefällen mit Komedonen. Abnormer Durst wird oft bei chlorotischen Mädchen beobachtet, vermutlich im Zusammenhang mit dem (nervösen) Trockengefühl im Schlunde oder mit Schlundkatarrhen.

Was die Therapie der chlorotischen Dermatosen betrifft, so leistet eine ausgiebige Eisenarsenbehandlung, besonders in der Sommerfrische ausgezeichnetes. Das chlorotische Ekzem erweist sich selten als hartnäckig, hingegen werden zahlreiche Fälle von Akne und Defluvium durch

eine einmalige (5—6 wöchentliche) Allgemeinbehandlung nicht gänzlich beseitigt und wird in diesen Fällen eine Wiederholung der Kur nach einer ca. sechswöchentlichen Unterbrechung ratsam. In manchen schweren Fällen von indurierter Akne habe ich, nachdem die Eisenarsenkur sich als wenig wirksam erwiesen hat, mit Arsen allein in aufsteigender Dosis (Sol. Fowleri bis 15 Tropfen täglich) eine vollständige Heilung erzielt.

Eine an Gemüse und Obst reiche Nahrung, sowie eine auf 1—1¼ l beschränkte tägliche Flüssigkeitsaufnahme gehört meines Wissens zu den wichtigsten Bedingungen des Erfolges.

Die Lokaltherapie wird nach allgemeinen Grundsätzen durchgeführt; der aseptische und antiseptische Plan bilden die Grundlinien der Lokalbehandlung.

Aus der Praxis.

Lanolin resp. Adeps lanae als aufsaugungsbeförderndes Mittel bei Drüsen-Resorptionstumoren.

Von

Dr. Adalbert C. Frickenhaus.

Anläfslich einer sehr heftigen immer wieder recidivierenden Furunkulose am Stamm, welche Verfasser letzten Sommer acquirierte, entwickelte sich bei ihm jeweils im Anschlufs an einen Furunkelschub recht schmerzhafte Schwellung beiderseitiger Achseldrüsen.

Jodkalium innerlich und das an unbehaarten Stellen sonst vorzügliche Quecksilberkarbolpflaster liefsen im Stich, bis Verfasser wegen entstehender Quecksilberfollikulitis eines Abends in Ermangelung einer Zinkpaste ausgiebige Einreibung mit Lanolincream vornahm. Auffallenderweise war die Schwellung der Lymphdrüsen schon am nächsten Morgen erheblich zurückgegangen, sodafs die Einreibungen fortgesetzt wurden. Es gelang des weiteren damit die jeweiligen Drüsenschwellungen stets im Verlauf weniger Tage zu beseitigen. Besonders angenehm wurde auch die schmerzstillende Wirkung empfunden.

In einem Falle von Angina tonsillaris, bei welcher erhebliche Schwellung der Mandeln und sehr schmerzhaftes Schlucken bestand, wurde auf Anlegen eines ergiebigen Lanolinpriefsnitz ganz erhebliche Erleichterung geäufsert und die Schlingbeschwerden verschwanden über Nacht.

Über die Art, wie Lanolin als Resorbens wirkt, kann ich mich vor-

läufig nicht äufsern, sondern ich beschränke mich darauf, das Mittel den Kollegen zur Nachprüfung aufs wärmste anzuempfehlen. Die Anwendung der Fette bei diesen Zuständen ist ja ohnedies den Ärzten älterer Schule nichts Neues.

Der Resorcinalkohol in der ambulatorischen Behandlung insbesondere des seborrhoischen Ekzems des Gesichts.

Von

Dr. Adalbert C. Frickenhaus.

Man ist bei kleinen seborrhoischen Ekzemplaques, namentlich des Gesichts, oft in Verlegenheit, welchen Weg man für die ambulatorische am wenigsten störende Behandlung einschlagen soll.

Für diese Fälle eignet sich am besten der Resorcinalkohol. Man reibt die betreffenden Stellen mit einem in 25%igen Resorcinalkohol getauchten Wattebäuschchen kräftig ein, giebt dem Patienten, falls er erst in ein paar Tagen wiederkommen kann, einen 10%igen Resorcinalkohol mit nach Hause mit der Weisung, die Prozedur abends durch drei Tage zu wiederholen. Die Plaque hat sich dann schon mit einem Schälhäutchen überzogen, welches teilweise abschilfert. Je nach dem Aussehen läfst man dann noch durch einige Abende Resorcinalkohol anwenden. Aufserdem soll er nun nachts die behandelten Stellen mit dem in der Apotheke käuflichen Lanolin oder Adeps lanae-Cream einfetten.

Nach ca. 8 Tagen ist die Kur beendet. Die Plaques sind eingefallen und abgeschilfert.

Man braucht nicht ängstlich in der Prozentuierung des Resorcins zu sein. Resorcin schält nach meinen Erfahrungen verhältnismäfsig schmerz- und reaktionslos, wenn es sich um einzelne Stellen handelt.

Ich habe in hartnäckigen Fällen von Ekzem des Naseneingangs sogar 50%igen Resorcinalkohol mit ausgezeichnetem Erfolg angewandt.

Genau ebenso schön und reinlich lassen sich andere Oberhautepiphytosen behandeln, z. B. Pityriasis versicolor.

Handelt es sich um gröfsere Plaques bei weniger bemittelten Leuten, so kann man den Resorcinalkohol durch Salicylalkohol oder Salicylspiritus ersetzen. Man läfst sie 5 g Salicylsäure in einem 25—30 g fassenden Medizinglas in Spiritus auflösen. Damit kommen sie aus.

Bei beginnender Abschilferung läfst man ebenfalls Lanolin oder Adeps lanae-Cream einreiben.

Salicylsäure löst sich in der 4—5fachen Menge Alkohol. Ein konzentrierter Salicylspiritus ist also etwa 20—25%ig.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland.

Sitzung vom 23. November 1898.

(*The British Journal of Dermatology.* Januar 1899.)

Alfred Eddowes demonstriert eine **Frau mit diffusem Erythema des Gesichts**, welches seit einem Jahre besteht und mit bedeutendem Ödem beider unteren Augenlider verbunden ist. Das ganze Gesicht zeigt eine tief rote Farbe. Die dem Gesicht benachbarten Teile des Halses waren ebenfalls gerötet. Nirgends waren Knötchen zu sehen, die an Lichen planus erinnern könnten. Dagegen zeigten die Vorderarme besonders im unteren Drittel die Neigung zur Lichenifikation. — Payne und Crocker möchten den Fall als eine von der Norm abweichende, ungewöhnliche Form von Lichen planus ansehen. — Mouillot bemerkt, dafs der Fall an die Krankheit erinnere, welche Unna als „Parakeratosis variegata" bezeichnet hat.

Crocker stellt einen jungen Mann mit gemischter **Sklerodermie** vor. Der Patient zeigte die atrophische Form von Morphoea auf der Brust. Gegenwärtig ist jedoch von einer eigentlichen Sklerodermie hier nichts zu sehen; thatsächlich ist die Haut dünn, atrophisch und weich. Dagegen ist am Oberarm, namentlich der linken Seite, und zwar in der Gegend des Deltoides und Triceps augenscheinlich Verhärtung zu beobachten. Der Fall zeigt, dafs auch bei der Morphoea atrophische Veränderungen sehr ausgeprägt sein können. Obgleich man die Sklerodermie zu den Hauthypertrophien zählt, ist sie in Wirklichkeit eine Atrophie. Die oberflächliche Morphoea und die tiefe Sklerodermie können nicht lediglich als Varianten desselben Prozesses angesehen werden.

Savill stellt eine Mutter mit ihrem 4 Monate alten Kinde vor. Letzteres zeigt **seborrhoisches Ekzem**; die Mutter hatte kurz vorher eine seborrhoische Dermatitis der Kopfhaut. Die Demonstration dient als Beispiel von Übertragung des seborrhoischen Ekzems.

Arthur Hall berichtet über ähnliche Übertragungen. Unter anderen behandelte er im Hospital eine junge Frau an einem aufserordentlich intensiven seborrhoischen Ekzem des ganzen Körpers. Der Zustand besserte sich nach einiger Zeit, und Vortragender wurde befragt, ob man die Patientin ohne Risiko einer Ansteckung als Dienerin verwenden könnte. Er antwortete in bejahendem Sinne und war überrascht nach einiger Zeit die Patientin in einer Familie wiederzusehen, in welcher er wegen eines Kindes mit seborrhoischem Ekzem konsultiert wurde. Die Krankheit des Kindes hatte kurz nach dem Eintritt der neuen Dienerin ihren Anfang genommen.

Sitzung vom 25. Januar 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* März 1899.)

Abraham demonstriert unter anderen einen **Fall von Atrophodermia.** Die Patientin zeigte bei ihrem Eintritt in die Hautklinik vor zwei Monaten weifsliche, vertiefte, narbenähnliche Flecken auf dem Rücken und auf der Brust. Da sie gleichzeitig einige Akneknötchen hatte, so konnte man jene Flecken als Aknenarben ansehen, wie man sie häufig auf dem Rücken findet. Aber die Patientin bemerkte, dafs sie nicht im Anschlufs an die Knötchen, sondern unabhängig von denselben und

spontan aufträten. Bei näherer Besichtigung erweist sich der Fall als eine Atrophodermia guttata, wie sie zuerst ERASMUS WILSON, später JADASSOHN und andere Autoren beschrieben haben. — R. CROCKER möchte die Flecken als Aknenarben ansehen.

C. WILLIAMS berichtet über einen Fall, bei dem sich etwa vier Monate nach dem Ausdrücken von Komedonen atrophische Stellen entwickelten. Bei einigen war hypertrophisches Gewebe vorhanden, daſs man weniger von einer Atrophie als von einer Hypertrophie sprechen konnte.

SAVILL demonstriert **zwei Fälle zur Diagnose.** Der eine betrifft ein 10jähriges Mädchen, welches seit vier Monaten an Beinen, Rücken und Gesäſs einen Ausschlag hat. Derselbe ist charakterisiert durch hirsekorngroſse, harte, mit einer dünnen Schuppe bedeckte Knötchen. Die Patientin ist schwächlich und anämisch. — Der zweite Fall, ebenfalls ein zehnjähriges Mädchen, zeigte eine Affektion, die aller Wahrscheinlichkeit nach ein **Lichen scrophulosorum** ist. — CROCKER hält diesen Fall für eine Psoriasis guttata, während er bei dem ersten eine bestimmte Diagnose noch nicht zu stellen vermag.

CROCKER stellt unter anderem einen **Fall von Tinea circinata** vor, der gleichzeitig das Bild der von LELOIR beschriebenen Perifolliculitis agminata zeigt.

Sitzung vom 22. Februar 1899.

(*The British Journal of Dermatology.* April 1899.)

ABRAHAM stellt einen jungen Mann vor mit **Tinea tonsurans der Kopfhaut.** Die Krankheit tritt bei Leuten in diesem Alter relativ selten auf. Die Haare des Patienten zeigen eine groſse Menge des Trichophyton megalosporon endothrix. — WIGHTWICK, CROCKER, PERNET, EDDOWES berichten über Fälle von Herpes tonsurans der Kopfhaut, die ebenfalls junge Leute betrafen.

FREEMAN demonstriert unter anderen eine ältere Frau mit fast universeller **Leukomelanodermia,** die seit sechs Monaten besteht und von Jucken begleitet ist. Befallen sind besonders stark Brust, Abdomen, Rücken und Gesäſs. Die Patientin hat keine Medikamente genommen, die man für die Entstehung der Affektion hätte verantwortlich machen können.

STOWERS stellt eine 32jährige Frau mit **Lichen spinulosus** vor. Die Affektion begann im Juli 1898. Befallen sind Brust und Rücken. Intensives Jucken plagt die Patientin. — CROCKER bemerkt: Der Fall ist ein ganz ungewöhnlich stark ausgeprägtes Beispiel eines Krankheitszustandes, welcher bisweilen als Komplikation zweier anderer Affektionen auftritt, und zwar des Lichen scrophulosorum und der miliaren Syphilide.

EDDOWES demonstriert einen **Fall von Folliculitis necrotica.** Der Krankheitsprozeſs spielt sich in der Weise ab, daſs die Follikelmündung sich schwach rötet. Dann bildet sich eine kleine, flache Kruste, die gewöhnlich abgekratzt wird oder abfällt mit Hinterlassung einer seichten Narbe. Auſser der Follikelmündung pflegt auch die benachbarte Haut in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Die Krankheit besteht bei dem Patienten 8—9 Jahre, bessert sich durch die Therapie, recidiviert jedoch, sobald man mit den Mitteln aufhört. Befallen ist vorwiegend der Rücken. — PERNET macht auf die Ähnlichkeit der Efflorescenzen mit denjenigen der Acne varioliformis aufmerksam. — CROCKER stimmt mit EDDOWES darin überein, daſs es eine besondere, klinische Krankheitsform sei, welche von der Acne varioliformis unterschieden werden müsse.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band X, Heft 4.

Reizbare Blase und Blasendivertikel, von HULDSCHINER. Die reizbare Blase findet sich meist als Teilerscheinung der Neurasthenie, ohne irgend welche organische Veränderungen; andererseits kommen auch Fälle vor, in denen die Diagnose „reizbare Blase“ berechtigt erscheint, während durch das Cystoskop doch organische Veränderungen in der Blase nachgewiesen werden können, nämlich Divertikel. Diese können angeboren sein oder entstehen durch schrumpfendes Narbengewebe nach Entzündungen im Bauch, im Anschluſs an Traumen während einer Geburt etc. Verfasser führt zum Beweise vier Fälle von reizbarer Blase an, von denen zwei auf neurasthenischer Basis beruhen, während sich bei zwei anderen kongenitale Divertikel cystoskopisch nachweisen lieſsen; eines dieser Divertikel stellte offenbar einen nicht obliterierten Rest des Urachus dar. Die Behandlung muſs von Fall zu Fall verschieden sein, je nach Lage der Neurasthenie müssen allgemeine diätetische Maſsregeln Platz greifen, oder lokale Behandlung durch Psychrophor.

Extraktion einer Bougie filiforme conductrice aus der Harnblase eines Strikturierten, von GOLDBERG. Die ersten Dilatationsversuche der sehr alten und engen Striktur scheiterten daran, daſs stets Retentio und Verschlimmerung der Cystitis eintraten; Verfasser dilatierte dann durch Verweilkatheter bis Charrière 12. Nun wurde die Urethrotomia interna gemacht. Als die Bougie conductrice und die Leitrinne des Maisonneuve eingeführt waren, wurde die letztere um 180° um die eigene Achse gedreht, um nun die Urethrotomie an der oberen Harnröhrenwand zu machen. Diese wurde mit Messer 23 ausgeführt und nun zeigte sich beim Herausziehen des Instrumentes, daſs die Bougie filiforme fehlte, sie war aus ihrer Metallfassung herausgeglitten. Verfasser spülte die Blase mit Argentumlösung, dilatierte und spülte in den nächsten Tagen weiter, ohne daſs die in der Blase befindliche Bougie irgendwie Reizerscheinungen verursachte. Sechs Tage nach der Urethrotomie stellte er mit dem Cystoskop fest, daſs die Bougie zusammengerollt vor dem Blasenhals sitzt, und entfernte sie dann mit dem COLLINschen Lithotriptor leicht bei leerer Blase, indem er sie ca. 8 cm von der Spitze faſste und abgeknickt herauszog. Lehrreich an dem Fall ist erstmal, daſs die Befestigung der Bougies filiformes eine bessere werden muſs; ferner daſs die Extraktion eines weichen Fremdkörpers aus der Blase leicht per vias naturales gelingt; daran ändert die Unwegsamkeit der Harnröhre nichts: die muſs eben vorher wegsam gemacht werden. Endlich zeigt die Blase den Wert der Elektroendoskopie auch nach Abschluſs der Behandlung zur Beurteilung der Funktion von Blase und Harnröhre. *F. Hahn-Bremen.*

Monatsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

Band IV, Heft 4.

Über einen seltenen Fall von Tuberkulose der Harnblase, von BLANCK. Bei einer 28jährigen Frau, die seit zehn Jahren über Harnbeschwerden klagte, vor

vier Jahren wegen Ovarialcysten operiert war, stellte Verfasser cystoskopisch das Vorhandensein von mehreren Geschwüren im Blasenfundus fest. Die Ureterenmündungen waren normal, ein Verdacht auf Affektion der Nieren nicht vorhanden. Trotzdem Bacillen nicht nachweisbar waren, zweifelt Verfasser mit Rücksicht auf das Gesamtbefinden der Patientin und in den Lungenspitzen gefundene Veränderungen nicht daran, daſs es sich um tuberkulöse Ulcera handelte. Dieselben, durch photographische und nach der Natur gemalte Abbildungen illustriert, werden genau geschildert. Etwas Typisches haben sie nicht, wie überhaupt die tuberkulösen Blasengeschwüre das verschiedenste Aussehen bieten können. Bemerkenswert ist die wechselnde Harnbeschaffenheit; bald war der Urin eitrig, bald klar, niemals aber blutig. Verfasser hält es für möglich, daſs die Tuberkulose sich auf dem Boden einer blennorrhoischen Cystitis entwickelt haben könnte. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band II, Heft 7. (April 1899.)

Neue Erklärungsversuche der Pathogenese der hereditären Lues, von J. J. Karvonen. (Schluſs.) Die Perivasculitis ist oft nur das Resultat einer Entwickelungshemmung oder eines Miſsverhältnisses in der Entwickelung, nicht dasjenige einer hyperplastischen Entzündung. Dafür spricht vor allem, daſs dieselbe fast nur in den allerkleinsten Blutgefäſsen gefunden wird. Die histologischen Bilder an den Blutgefäſsen hereditär-luetischer Kinder sind auf Verspätungen in der Entwickelung zurückzuführen. Verfasser führt dann weiter an der Hand mikroskopischer Lungenbefunde aus, daſs das vermehrte Zwischengewebe bei hereditär-luetischen Kindern die Eigenschaften des embryonalen Mesenchyms bietet. Das luetische Gift hemmt das Epithel und die Mesenchymzellen in seiner Entwickelung. Auch die Hautbefunde von Unna und Hochsinger erklärt Verfasser in gleicher Weise. Die massenhaften Zellen haben embryonale Beschaffenheit, haben sich in dem subcutanen Fettgewebe noch nicht zu Fettzellen umgebildet. Danach nimmt Verfasser für hereditär-luetische Affektionen zweierlei Pathogenesen an: 1. eine Hemmung (Disproportion in der Entwickelung); 2. spezifisch-luetische Veränderungen. Eine ausreichende spezifische Behandlung vermag beide Momente günstig zu beeinflussen.

Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris bei einem 2½jährigen Knaben, von C. Rasch. Das Kind zeigte einen Ausschlag, der nach Verfasser als Pityriasis rubra pilaris aufzufassen ist, und zwar wegen folgender Erscheinungen: 1. diffuse feine Abschilferung am behaarten Kopf; 2. Gesicht blaſsrot mit einem Stich ins gelbliche, trocken, mit weiſsen staubförmigen Schuppen bedeckt; 3. Handflächen und Fuſssohlen gerötet, geschwollen, schilfernd, stark gefurcht, mit oberflächlichen Fissuren; 4. chagrinierte Plaques mit weiſsen Schuppen bedeckt an den Knien und Ellenbogen; 5. follikuläre Läsionen in Gestalt lichenoider Papeln. Eigentliche follikuläre Hyperkeratosen fehlten. Heilung unter Schwefel-Resorcin-Salicylsalbe. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1899. Heft 1—3.

Neue Untersuchungen über die intertriginösen Entzündungen bei der Frau, von L. Brocq und Léon Bernard. Verfasser haben bei Frauen, die mit Blennorrhoe oder Syphilis der Vulva behaftet waren, eigenartige, intertriginöse Veränderungen der Oberschenkel beobachtet, die noch nicht genügend gewürdigt sind und von denen sie eine ausführliche Beschreibung liefern. — Sie unterscheiden drei ver-

schiedene Formen dieser Intertrigo; die eine hat ihren Sitz an der Vorderfläche, die zweite an der Innenfläche des Oberschenkels, die dritte in der Umgebung des Afters. Diese letztere besteht im wesentlichen in einer abgestuften Hautverfärbung und wird kurz abgehandelt. Die erste Form entsteht unter der Berührung mit den eitrigen Sekreten der Vulva, die zweite durch Reibung der Schenkelflächen an einander und an den Kleidungsstücken. — Die erste Form kommt bei Frauen, die auf Reinlichkeit halten, garnicht vor und man kann das entzündliche Stadium durch Ruhe und irgend eine zweckmäſsige einfache Behandlung zum Schwinden bringen; es bleibt dann aber das chronische oder Ruhestadium zurück. Der Sitz dieser Entzündung fällt in eine Gegend der Vorderfläche des Oberschenkels, den die Verfasser „Fossette génitocrurale“ nennen, die ungefähr eine dreieckige Gestalt hat, unterhalb der Plica genitocruralis liegt und die deutlich sichtbar wird, wenn die Frauen die Lage zur Speculumuntersuchung einnehmen. Das Auffallendste an dieser Gegend im nicht entzündlichen Stadium der eigenartigen Intertrigo sind nun kleine Furchen von 2 mm bis 2 cm Länge, die schräg von vorn oben nach hinten unten ziemlich parallel zu einander hinziehen, etwa $^1/_4$ mm tief sind und einen rosigen Grund haben. Zwischen diesen Furchen liegen nun Hautflächen — „Plateaux“ —, die wiederum von kleineren zu den Hauptfurchen senkrecht stehenden Einschnitten durchzogen sind. Regellos verteilt dazwischen springen kleine, stecknadelkopfgroſse Follikel hervor, die sich durch hellere Färbung von der dunkel gehaltenen Umgebung abheben. Die Pigmentation hängt dabei im allgemeinen teils von der Stärke des zu Grunde liegenden Entzündungsprozesses, teils von der chromatogenen Eigenart der einzelnen Individuen ab. Die geschilderten Veränderungen sind um so stärker entwickelt, je weniger behaart die entsprechende Hautstelle ist. Der ganze Zustand verursacht weder Jucken noch Brennen. Im entzündlichen Stadium sind alle diese Veränderungen viel ausgesprochener und weisen einen erythematösen Charakter auf; jedoch verschwinden Schwellung und Rötung sehr bald bei ruhiger Lage und unter einfachen Verbänden. — Die zweite Form der Intertrigo ist die allen Ärzten bekannte, die ihren Sitz an der Innenfläche der Schenkel hat. Am hervorstechendsten ist hier die Hautverfärbung, die eine groſse Menge von Schattierungen zuläſst. Daneben kommen aber auch hier beim genauen Zusehen feine Strichelungen der Haut zur Beobachtung. Durch diese Strichelung bekommen die verschiedenartig pigmentierten Plaques ein facettiertes Aussehen, genau wie beim Beginn der Lichenifikation. — Die histologische Untersuchung ergab, daſs es sich hier vornehmlich um einen entzündlichen Vorgang in der Epidermis handelt, mit Proliferation der Zellen in allen ihren Schichten; trüber Schwellung der Malpighischen Zellen u. s. w. Sämtliche Strata der Epidermis sind infolge dessen verdickt; die Körnerschicht zeichnet sich durch reichliche Bildung von Eleidin aus. Die Papillen sind verlängert, in den generativen Zellen und in denen der Cutis hat sich das Pigment abgelagert.

Zur Behandlung der Alopecie mit chemischen Strahlen, von O. Jerslid-Kopenhagen. J. teilt in Bezug auf die Alopecie den französischen Standpunkt von der ausschlieſslich parasitären Natur dieses Leidens. Diesem Gedankengange folgend hat er versucht, durch Einwirkung chemischer Strahlen — die sich ja bei der Hauttuberkulose so glänzend bewährt haben — auf die enthaarte Haut die Heilung zu befördern. Er tritt mit sechs Fällen an die Öffentlichkeit — bei der Seltenheit der Alopecie in Kopenhagen stand ihm nicht mehr Material zur Verfügung —, die alle bei dieser Behandlung innerhalb kurzer Zeit geheilt wurden. So waren im ersten Fall nur acht Sitzungen erforderlich, die sich auf drei Wochen verteilten; sechs Wochen nach der letzten Sitzung wuchsen auf allen kahlen Stellen normale Haare. Eine einzelne Sitzung dauerte ungefähr eine Stunde. Benutzt wurde der bekannte

Finsensche Apparat und elektrisches Licht. Unangenehme Zufälle waren nicht zu verzeichnen. Bei der Veröffentlichung hatte die Heilung schon 5—9 Monate angehalten.

Der parasitäre Ursprung des Ekzems, von Lebedde.

Der parasitäre Ursprung des Ekzems, von Török. Es handelt sich in den beiden kleinen Aufsätzen um eine Polemik zwischen den beiden Autoren. in Anlehnung an frühere Veröffentlichungen. L. giebt zwar zu, dafs die ekzematogene Rolle des Unnaschen Morococcus noch nicht erwiesen sei, hält aber im übrigen an der parasitären Natur des Ekzems fest und sucht diese Ansicht durch einige weitere Beweisgründe zu stützen. T. berichtigt in seiner Erwiderung einige Mifsverständnisse.

Über das sogenannte Eccema seborrhoicum, von Ch. Audry. Diese umfangreiche Arbeit giebt in grofsen Zügen ein klinisches Bild des Eccema seborrhoicum. Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick kennzeichnet Verfasser seine eigene Stellung zu dieser Krankheitsform. Dieselbe ist kein Ekzem, ist aber in irgend einem Abschnitt ihres Verlaufes fast immer von Symptomen der Ekzematisation — Nässen und Krustenbildung — begleitet. Andererseits ist auch die Seborrhoe an und für für sich nicht pathognomonisch, da sie auch bei vielen anderen Formen, z. B. der Hydrargyria seborrhagica, regelmäfsig und anhaltend sich einstellt. Doch bildet die Seborrhoe immerhin das hervorstechendste und handgreiflichste Symptom des Eccema seborrhoicum. Schliefslich versteht A. darunter eine autonome und umschriebene Hautkrankheit, die in vier Fünftel der Fälle leicht diagnostizierbar ist, und die wahrscheinlich parasitär, überimpfbar und kontagiös ist, wenn wir auch die spezifischen Keime bis jetzt noch nicht mit Sicherheit nachweisen können. — A. unterscheidet zwischen regelmäfsigen, abnormen und komplizierten Fällen; die regelmäfsigen Formen zerfallen: a. in einfache Fälle, die durch die Anwesenheit eines spezifischen Elements, eines Fleckens oder einer Plaque charakterisiert sind; b. in solche, zu denen noch die Ekzematisation hinzutritt. Die abnormen Formen setzen sich aus vier Varietäten zusammen: die erste hat einen akuten Verlauf und einen erythemato-vesikulösen Charakter; die drei anderen sind die lichenifizierende, die psoriasiforme und erythroderme Varietät. Der Verlauf des Eccema seborrhoicum ist ein ausgesprochen chronischer, zu Rückfällen neigender. Die einzelnen Anfälle sind meistens leicht zu beseitigen; nur die lichenifizierende Varietät ist sehr hartnäckig. Das souveräne Mittel bildet der Schwefel, der in Salbenform allein oder in Gemeinschaft mit Resorcin meistens zur Heilung genügt. S. 233 ff. finden sich verschiedene Rezeptformeln angegeben. Nur bei den akuten und ausgedehnten Formen versagt der Schwefel; diese sind als ernste Erkrankung aufzufassen, die sich gewöhnlich über Monate hinzieht. — Verfasser giebt eine eingehende Symptomatologie der Krankheit, deren einzelne Bestandteile, Flecken, Plaques, Ekzematisation ausführlich beschrieben werden. Es folgt eine Schilderung der verschiedenen Varietäten sowie der verschiedenen Abweichungen je nach dem Sitz der Dermatose auf dem Kopf, den Ohren, den Augen, der Nase, den Lippen u. s. w., und es ist interessant zu verfolgen, wie die Krankheit je nach dem Sitz ihre Form und ihren Charakter ändert; auf den Augen z. B. kann sie zu bösartigen Entstellungen, Verlust der Cilien, Ektropium, chronischer Conjunctivitis Anlafs geben. Leib und Extremitäten sind mit Vorliebe Sitz der psoriasiformen Varietät. Nägel und Haare werden vom Eccema seborrhoicum meistens verschont. Verlust der Nägel hat A. nie beobachtet, Verlust der Haare er und andere in seltenen Fällen; solche Alopecien erweisen sich nur ausnahmsweise als unheilbar. — Über die Ätiologie ist Audry ziemlich kurz. Der Unreinlichkeit und dem Flanellunterzeug schreibt er einen befördernden Einflufs zu; ebenso bildet der Status seborrhoicus der Haut ein begünstigendes Moment; doch giebt es Seborrhoiker, die niemals ein Eccema

seborrhoicum bekommen, und andererseits wird letzteres auch da beobachtet, wo selbst die anatomische Möglichkeit einer Hypersteatose fehlt, so bei einem Patienten Audrys auf ausgebreiteten Brandnarben, wo Schweifs- und Talgdrüsen völlig zerstört waren. — In seiner pathologisch-anatomischen Auffassung nähert Verfasser sich durchaus dem bekannten Standpunkt von Unna, nur vermag er den Veränderungen der Drüsen keine so grofse Wichtigkeit beizulegen. In Bezug auf die parasitäre Natur der Krankheit drückt er sich sehr vorsichtig und zurückhaltend aus; die bis jetzt vorliegenden Beobachtungen nebst den aus ihnen gezogenen Schlüssen berechtigen noch zu keinem entschiedenen Ja oder Nein.

Über den Craw-Craw, von J. Brault-Algier. Unter „Craw-Craw" verstehen die Neger der Goldküste alle möglichen vesiko-pustulösen Hautausschläge. O'Neill, ein englischer Arzt, bezeichnet darunter eine Filaria-Papulose, die an Rumpf und Gliedern ihren Sitz hat, unerträglich juckt, in ihren Erscheinungen aber nachläfst, wenn die Neger kältere Gegenden aufsuchen. Die Papeln stehen bald vereinzelt, bald in kreisrunden Haufen, verwandeln sich in zwei Tagen in Vesikeln und nach dem nämlichen Zeitraum in Pusteln, aus denen Geschwüre von mehrmonatlicher Dauer hervorgehen können. Schneidet man eine Papel mit einem scharfen Messer ab und legt das Präparat ins Wasser, so gewahrt man unter dem Mikroskop alsbald zahlreiche kleine Lebewesen, die den Embryonen der Filiaria sanguinis gleichen. Nach P. Manson handelt es sich dabei um die Filiaria perstans, während dem aber die weiteren Angaben O'Neills über den histologischen Bau seiner Filaria widersprechen. — B. läfst die Frage offen, ob zwischen dieser Filaria und den Hauterscheinungen wirklich ursächliche Beziehungen bestehen oder ob erstere nur einen zufälligen Nebenbefund bildet, bringt in seinen weiteren Ausführungen den „Craw-Craw" mit anderen, ähnlichen beulenartigen Hautaffektionen der heifsen Länder in Zusammenhang und schliefst mit der Bemerkung, dafs man früher oder später aus der Sammelbezeichnung „Craw-Craw" mehrere getrennte Krankheitsformen herausschälen wird.

Türkheim-Hamburg.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1898. Heft 12.

Der Herpes als Vorbote des Schankers, von Ch. Audry-Toulouse. Vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 28, No. 4, S. 197.

Ein Fall von Fungus benignus testiculi im Verlauf einer Blennorrhoe bei einem Tabiker, von Thévenin und Peré. Patient hat bereits mit 15 Jahren einen Tripper gehabt. Zur Zeit seiner zweiten Blennorrhoe ist er 34 Jahre alt, wahrscheinlich syphilitisch und hat deutliche Zeichen von Tabes. Wegen einer Epididymitis dextra kommt er in die Klinik zur Aufnahme (15. Okt. 1898). Hier wird am 3. Nov. zuerst eine Erosion der Haut über dem geschwollenen Hoden bemerkt. Dieselbe dringt allmählich in die Tiefe und es entleeren sich Samenkanälchen aus ihr. In dem Eiter der Wunde sind nur Staphylokokken, aber keine Gonokokken nachweisbar. Von dem Hoden bleibt schliefslich nur ein ganz kleiner Stumpf nach.

Ein Fall von Naevus Alopeciae der Kopfhaut, von Peré. Der Naevus befand sich auf dem Tuber parietale d. und war angeboren. Er war vollkommen haarlos, glatt, leicht braun verfärbt, mit einem zackigen Rand.

Ein Zungenpapillom in der Umwandlung zu einem Epitheliom begriffen, von Alfred Blanc. Der 55jährige Patient hatte seit etwa vier Jahren auf seiner rechten Zungenhälfte ein gestieltes Papillom, das ihn im ganzen nur wenig belästigte. Dieses wurde ihm auf seinen Wunsch entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich aber heraus, dafs an seinem Stiel schon eine Umwandlung in ein

Epitheliom eingetreten war. Patient wurde geheilt entlassen, starb aber noch am selben Tage plötzlich in seiner Wohnung.

Ein Fall von Folliculitis Koebner (Sykosis non parasitaria), von Paul Dietz-Antwerpen. Die 45jährige Patientin wurde durch ihr Hautleiden in äußerster Weise belästigt. Die ganze Gegend der Pubes war infiltriert und mit Pusteln bedeckt, aus deren Centrum ein Haar hervorragte. Das Jucken und Brennen war unerträglich. Verfasser entfernte in der Chloroformnarkose sämtliche Haare und bedeckte die entzündeten Teile darauf mit einer Resorcinlösung; später zog er mit gutem Erfolg eine Zink-Ichthyolsalbe in Anwendung.

Ein Fall von Blennorrhoe, nach der Methode von Janet behandelt, von Paul Dietz-Antwerpen. Ein Handlungsreisender wollte wegen seiner unmittelbar bevorstehenden Hochzeit rasch von seinem Tripper geheilt sein. D. machte täglich zwei Ausspülungen und erzielte rasches Verschwinden der vorher zahlreichen Gonokokken. Leider stellten sich diese nach Aussetzen der Behandlung wieder ein. Verfasser giebt an, mit der Janetschen Methode schon vielfach Mißerfolge erlebt zu haben.

1899. Heft 1, 2, 3.

Die Bedeutung des blauen Glases für die Hautsyphilis. Jullien, André, Broca und Haan haben bekanntlich empfohlen, bei Hautkrankheiten die Haut durch ein blaues Glas zu besichtigen, weil durch dieses beginnende oder noch bestehende Entzündungen der Haut viel zuverlässiger als mit dem bloßen Auge zu erkennen sind. Im Entstehen oder im Schwinden begriffene rote Entzündungsherde von Cutis und Epidermis, die dem unbewaffneten Auge entgehen, heben sich bei Untersuchung mit einem blauen Glase als weißgraue Stellen von der gleichmäßig blauen Umgebung ab. Zur Theorie dieser Wirkung giebt J. eine etwas umständlichere Erklärung als die von Haan, die seinerzeit in den Monatsheften referiert wurde. Die Bedeutung dieser neuen Methode liegt auf der Hand, sie ist für Diagnose und Therapie gleich wertvoll, für letztere namentlich insofern, als sie anzeigt, daß die Entzündung noch nicht abgezogen, daß die Haut noch „imprägniert" sei. Mit Recht hebt J. auch hervor, daß in der Folge die Fälle, in denen auf einen primären Schanker die Roseola anscheinend ausbleibt, weil sie in Wirklichkeit nur so schwach entwickelt ist, daß sie dem bloßen Auge entgeht, immer seltener werden dürften.

Über Lichen scrophulosorum, von J. Méneau. Seitdem Haushalter zu Nancy im Jahre 1896 bei Meerschweinchen, die er mit Papeln von Lichen scrophulosorum impfte, die Tuberkulose erzeugte und den Kochschen Bacillus nachwies, gilt die tuberkulöse Natur dieser Dermatose für sichergestellt. Bisher hatte man, namentlich in Deutschland, dieser Auffassung widersprochen. Der Lichen scrophulosorum ist fast immer von Zeichen der Skrophulose begleitet, d. h. Menschen von skrophulösem Habitus sind der Erkrankung mehr ausgesetzt als andere; daher wird er in Ländern, in denen viel Skrophulose vorkommt, in Deutschland und England z. B., häufiger beobachtet als in Frankreich oder den Vereinigten Staaten. Die Bacillen gelangen nicht vom Blut aus, sondern von außen, durch kleine Risse oder Exkoriationen in die Haut. Vermutlich verlieren sie hier bald ihre Färbbarkeit, während die widerstandsfähigeren Sporen in den Papeln zurückbleiben; daraus würde sich erklären, daß der Bacillennachweis fast niemals gelang, während Haushalter die Übertragung der Tuberkulose geglückt ist. — Dies sind die wichtigsten Angaben aus der Méneauschen Arbeit, die eine sehr übersichtliche Geschichte und Klinik des Lichen scrophulosorum nebst einer vollständigen Bibliographie liefert.

Die syphilitische Gefahr. Notwendigkeit einer Neuordnung der Prostitution, von J. P. Guiard. In den einleitenden Worten weist G. nachdrücklichst auf

die Gefahr hin, die der allgemeinen Gesundheit durch die venerischen Krankheiten drohen. Für schwere unheilbare Organerkrankungen, Tabes, Paralyse, Aneurysma, nehme man mehr und mehr einen syphilitischen Ursprung an und gleichzeitig wachse auch die Zahl der Krankheiten, die sich bei Männern und Frauen aus einer einmaligen blennorrhoischen Infektion herleiten lassen. — Um diesem Übel zu steuern, sieht G. nur einen gangbaren Ausweg: eine Neuordnung des ganzen Prostitutionswesens. Er ist ein grundsätzlicher Gegner der nicht polizeilich überwachten Prostitution und wenn man die Berichte aus Ländern liest, in denen die Dirnen die gleichen Rechte und Freiheiten mit allen andern Bürgern geniefsen, kann man ihm nur Recht geben. So kamen in England vor Erlafs der „Contagious Diseases Acts“ (1864—66—69) auf 1000 Soldaten 135 Tripper und 130 Schanker; diese Zahlen sanken in der Folge in den Bezirken, in denen das Gesetz zur Anwendung kam, auf 37 bezw. 47. Ebenso sank der Procentsatz der geschlechtskranken Prostituierten von 84,9 % vor Erlafs des Gesetzes auf 40 % nach Erlafs desselben. Diese „Contagious Diseases Acts“ wurden 1885 wieder aufgehoben; darauf stieg die Zahl von 27000 Fällen von Syphilis in einem grofsen Bruchteil des englischen Heeres in wenigen Jahren wieder auf 42 bis 61000 Fälle. Die Gründe, die gegen jede Überwachung der käuflichen Liebe angeführt werden, stammen aus verworrenen humanitären, moralischen und politischen Begriffen und verdienen keine ernstliche Widerlegung; vielmehr ist eine sachgemäfse Regelung der Prostitution das beste Mittel, um die venerischen Krankheiten einzudämmen. Daran aber scheint es bisher in Frankreich gefehlt zu haben, denn die Zahl der eingeschriebenen Mädchen hat allein in Paris in den letzten 45 Jahren um nahezu 600 abgenommen; desgleichen sind von den 217 öffentlichen Häusern des Jahres 1852 heute nur noch 40 nachgeblieben. Die geheime Prostitution hat dagegen einen unheimlichen Aufschwung genommen und G. weist wiederum an Zahlen nach, dafs in ihren Reihen sich eine relativ viel gröfsere Menge von Venerischen finden. — G. verlangt nun eine gründliche Umwälzung in dem Gebahren der Sittenpolizei; diese sollte die Prostituierten unter ihren Schutz nehmen, „sollte ihnen mit Gerechtigkeit, mit Wohlwollen und mit Teilnahme entgegenkommen.“ „Da die Willkürwirtschaft vollkommen Schiffbruch erlitten hat, sollte man es einmal mit Milde und Sanftmut versuchen.“ Rücksichtslose Strenge sollte nur gegen diejenigen Mädchen und Frauen obwalten, die sich der vorschriftsmäfsigen Überwachung entziehen. — G. giebt dann viele Einzelheiten der von ihm gewünschten Neuordnung. So soll die Polizei den Mädchen in ihrem Gewerbe nicht hinderlich sein, soll ihnen, soweit der öffentliche Anstand nicht verletzt wird, auch die Strafse freigeben u. s. w. In einem weiteren Abschnitt, der sich mit der Hygiene der Puellae publicae befafst, wird für sie Unterweisung in den Geschlechtskrankheiten gefordert, damit sie wenigstens Tripper und Schanker sofort erkennen und sich durch Abweisen solcher Klienten vor Ansteckung schützen können. Auch macht G. sehr vernünftige Vorschläge, wie sie post coitum die Vagina desinfizieren können. Der Schlufs des Vortrages, der von den edelsten Absichten eingegeben ist, läuft in die Betrachtung aus, dafs alle diese schönen Vorschläge gegen die Schwerfälligkeit der Staatsmaschine, gegen Vorurteile und Heuchelei nichts ausrichten werden. Und wenn G. schon mit seiner ganzen Arbeit und mit seiner humanitären Auffassung im Recht ist, so hat er mit diesem Schlufssatz dreimal und zehnmal Recht.

Bemerkungen zur Lehre vom parasitären Ursprung der Psoriasis, von Coffin. Diejenigen, die von einer parasitären Natur der Psoriasis nichts wissen wollen, stützen sich dabei auf fünf Thatsachen: Fast alle Überimpfungsversuche sind erfolglos verlaufen. Die Psoriasis ist keine ansteckende Krankheit; sie neigt sehr zu Rückfällen; sie kann sich vererben; sie erscheint fast immer an den nämlichen Körperstellen. Verfasser sucht diese Einwände dialektisch zu widerlegen und tritt lebhaft

für den bakteriellen Ursprung der Psoriasis ein. Er meint aufserdem, dafs es mehrere Formen der Psoriasis gäbe, wie wir ja auch schon verschiedene Formen der Trichophytiasis kennen. C. befindet sich, wie die meisten Bakteriengläubigen, in dem schwerwiegenden Irrtum, dafs er annimmt, mit dem Nachweis eines spezifischen Keimes der Ätiologie der betreffenden Krankheit genügt zu haben. Das Wichtigste bleibt doch immer, zumal bei chronischen Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Lepra, Syphilis u. s. w.) die angeborene Anlage; das ist durch Jahrhunderte lange, klinische Beobachtung sichergestellt.

Über einen papulösen Ausschlag zweifelhafter Natur, von CH. AUDRY. Es handelte sich um die Neubildung von fünf warzenähnlichen Papeln auf dem rechten Handrücken eines 34jährigen Melkers; sie sind bis auf eine trocken, gelbbraun mit roten Stippen, hart, Umgebung gesund. Da sie den Patienten belästigten, so wurden sie mit dem Messer entfernt, die ziemlich reichliche Blutung mit dem Thermokauter gestillt. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine umschriebene Entzündung der Cutis zumal in der Umgebung der Schweifsdrüsen, Ödem der Cutis; ungeheure Erweiterung der Lymph- und Blutgefäfse an den Spitzen der Papillen. Sekundäre Veränderung des Epithels, das namentlich unter der Diapedese in der Tiefe zu leiden hat. Die gröfsten Zerstörungen haben aber die Schweifsdrüsen erfahren; sie sind in dickwandige Röhren verwandelt, die kaum noch ein Lumen aufweisen, und in Gruppen vereinigt. Zwischen ihnen finden sich grofse Zellen, vielleicht Plasmazellen, sicher aber weder Mastzellen noch Lympho- oder Leukocyten.

Syphilis hereditaria; ulceriertes Gumma des Unterschenkels, Spontanfraktur der Tibia, von RAYNAUD-Algier. Die obengenannten Zerstörungen fanden sich an dem rechten Unterschenkel eines kleinen Kabylen, der auch sonst noch Spuren ererbter Lues aufwies, sodafs an der Diagnose kein Zweifel sein konnte. Der Bruch besteht seit sechs Monaten. Das untere Bruchende ragt aus dem Geschwür hervor, ist aber nur im Umfange von 1½ cm nekrotisch. Grofse Beschwerden hat der Knabe nicht von seinem Bein. Er konnte die Reise nach Algier auf einem Maulesel ganz gut mitmachen. An diese Mitteilung knüpft Verfasser noch zwei interessante Bemerkungen. Die Syphilis ist bei den Eingeborenen Algeriens ungeheuer verbreitet; nach einzelnen Schätzungen sind neun Zehntel der Bevölkerung davon ergriffen. Deshalb wird, auf Anregung des Verfassers, seit einiger Zeit Jodkalium unentgeltlich an die Bevölkerung abgegeben.

Ulcus durum des linken Ringfingers bei einem Arzt, von DERVILLE. Der betreffende Arzt war bei einer Entbindung infiziert worden. Die Verhältnisse waren so ärmlich, dafs nicht einmal Vaseline vorhanden war, mit der der Arzt eine kleine Hautverletzung des Fingers hätte überziehen können.

Grofses Gumma der linken Mandel mit Zerstörung des halben Gaumensegels, von GAUDIER. Die Diagnose ist in diesem Falle per exclusionem gestellt. Der Fall betrifft eine 55jährige Frau.

Übertragung der Conjunctivitis blennorrhoica, von A. BOURGEOIS. Der 22jährige Mann, der selber ganz frei von Tripper war, stellte sich mit einer unzweifelhaften Conjunctivitis blennorrhoica vor. Es wurde ermittelt, dafs sein Barbier, der ihn vor wenigen Tagen rasiert hatte, an einer ebensolchen Entzündung litt, ohne zu wissen, in welcher Gefahr er schwebte. Patient wurde wieder ganz hergestellt, der Barbier büfste sein linkes Auge ein.

Urticaria und Hitzschlag, von DROUINEAU. Nach einem Manövermarsch bei starker Hitze, wobei verschiedene Fälle von Sonnenstich vorkamen, meldeten sich auch zwei Soldaten, bei denen plötzlich an Gesicht, Hals, Nacken, Vorderarmen und

Händen eine Urticaria ausgebrochen war. D. führt in diesem Falle den Ausschlag auf die Einwirkung der Hitze zurück und stützt seine Ansicht mit guten Gründen.

Ein Fall von Papillomatosis pruriginosa generalisata, von Guy-Villeneuve sur Lot. Bei einem 45jährigen Bauern fing der rechte Unterschenkel vor $2^1/_2$ Jahren allmählich an zu jucken. Nach und nach entwickelten sich an seiner Oberfläche, von unten anfangend bis zum Knie, kleine Wärzchen. Mit der Zeit erkrankten der rechte Arm, Stirn und Kopfhaut und schlieſslich auch der linke Arm in ähnlicher Weise. Die Haut am rechten Unterschenkel ist rotviolett, dick, infiltriert, hart, mit zahlreichen groſsen Schuppen bedeckt. Auſserdem finden sich auf ihr Gruppen von Papillomen bis zur Haselnuſsgröſse; sie haben hellgelbe Farbe und sind mit feinen, weiſsen, leicht abstäubenden Schuppen bedeckt. Das Jucken ist, namentlich des Nachts, ein unerträgliches. Die Behandlung war ganz erfolglos, sodaſs Patient fortblieb. — Verfasser nimmt an, daſs sein Fall eine schwere Form des Lichen planus papillomatosus darstellte. Die von Audry vorgenommene histologische Untersuchung eines durch Biopsie gewonnenen Präparates — passive Papillomatose; Infiltration und Durchsetzung der Cutis mit Lymphocyten; zahlreiche, nicht erweiterte Kapillaren mit Endocapillaritis — war dieser Annahme günstig.

Über einen Fall von subscapularem Reiben auf syphilitischer Grundlage, von Peré. Patient ist ein 50jähriger Lumpensammler; seit 1880 ist er syphilitisch; seit 1887 spürt er bei Bewegungen des rechten Armes im betreffenden Schulterblatt Beschwerden und Schmerz, in späterer Zeit konnte er auch selber deutlich ein Krachen vernehmen. Entgegen dem gewöhnlichen Verhalten in solchen Fällen ist die kranke Schulter ein klein wenig höher; der Spinalrand der Scapula steht von der Thoraxwand etwas ab. Die Fossa infraspinata ist Sitz einer leichten teigigen Schwellung, hier fühlt man bei Armbewegungen deutlich ein rauhes, knarrendes Reiben. Man hat, während das Schulterblatt sich hebt, den Eindruck, als ob ein harter Tumor der Rippen an der Hinterfläche der Scapula sich riebe. Aus diesem Verhalten folgert P., daſs es sich hier in der That um eine syphilitische Exostose der Rippen oder des unteren Winkels der Scapula handelt, zumal da Patient auch noch leichtgradige andere Knochenveränderungen aufweist. Gegen das Vorhandensein eines serösen Beutels als Ursache des Reibungsgeräusches spricht das Fehlen jeder Muskelatrophie.

Über die Epithelfaserung während der Entwickelung weicher Naevi und alveolärer Carcinome, von Menahem Hodara. Vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Band 28, No. 5, S. 205 ff. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1899. Heft 1.

1. **Steine der Regio prostatica,** von Guyon. Steine der Regio prostatica sind nach den klinischen wie nach den pathologisch-anatomischen Erfahrungen sehr selten. Man unterscheidet je nach dem Sitze zwei Arten: Steine der Prostata selbst, die entweder rings von Prostatagewebe eingeschlossen sind oder in Hohlräumen der Prostata liegen, die mit der Urethra kommunizieren; ferner Steine der Pars prostatica urethrae, die sich manchmal bis in die Blase hinein fortsetzen. In abgeschlossenen Hohlräumen der Prostata liegende Steine kamen bis jetzt nur in der pathologischen Anatomie zur Beobachtung. Steine der Regio prostatica machen häufig gar keine Erscheinungen; treten Beschwerden und Schmerzen auf, so sind dieselben in keiner Weise charakteristisch. Die Diagnose kann nur auf Grund der Rectaluntersuchung und Sondierung gestellt werden. Zur Sondierung benützt man einen elastischen Katheter mit Olive;

durch das Reiben eines Steines gegen denselben wird ein eigentümliches charakteristisches Gefühl hervorgerufen. Die Entfernung geschieht am besten mittels Sectio perinealis; wenn möglich ist vor Beginn der Operation eine kannelierte Sonde in die Blase einzuführen. Setzt sich der Stein bis in die Blase fort, so mufs der Blasenhals eingeschnitten werden; die Vornahme der Sectio alta zur Entfernung solcher Prostatablasensteine ist schon aus dem Grunde nicht empfehlenswert, weil der in der Blase liegende Teil des Steines stets kleiner ist als der in der Prostata liegende. Sehr grofse Steine müssen an Ort und Stelle zerkleinert werden. Die Steine der Regio prostatica sind entweder Harnsäuresteine oder sie bestehen aus phosphorsaurem Kalk vermischt mit kohlensaurem Kalk oder mit phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia; sie enthalten stets geringe Mengen organischer Stoffe.

2. **Über die inguino-scrotale Cystocele**, von Roche. Blasenhernien sind verhältnismäfsig selten, sie werden fast nur bei Männern beobachtet. Sie kommen nach Ansicht des Verfassers zu stande, wenn einerseits die infolge von Krankheiten der Harnwege oder infolge von Anstrengungen geschwächte oder gelähmte Blasenmuskulatur sich nicht mehr gut kontrahiert und andererseits abnorme Weite der Leistenringe bezw. abnorme Nachgiebigkeit der an die Blase angrenzenden äufseren Bedeckung die Dislokation der schlaffen Blasenwände begünstigt. Pathologisch-anatomisch sind zu unterscheiden: primäre Cystocele, wenn die Blase zuerst disloziert ist, und sekundäre Cystocele, wenn die Blase von anderen bereits dislozierten Organen nachgezogen wird. In Bezug auf den Sitz der Hernie sind verschiedene Arten zu unterscheiden: Cystocele inguinalis, die häufigste von allen; dann inguinoscrotalis, cruralis, perinealis, obturatoria, vaginalis, urethralis. Die Cystocele ist fast ausnahmslos einseitig. Die dislozierte Blase kann vollständig von Peritoneum überkleidet sein, sie kann einem Peritonealsacke fest anliegen, sie kann aber auch von jeglicher peritonealen Bekleidung entblöfst sein. Sehr häufig findet sich vor der dislozierten Blase oder rings um dieselbe Fettgewebe. — Die Symptome der inguino-scrotalen Cystocele haben gewöhnlich gar nichts charakteristisches. In manchen Fällen ist der Tumor in horizontaler Lage und nach der Urinentleerung kleiner und weniger gespannt als in aufrechter Stellung und vor dem Urinieren. Der Tumor ist nicht durchsichtig, der Schall über demselben absolut gedämpft. Druck auf den Tumor ruft manchmal ein heftiges Bedürfnis zu urinieren hervor. Die Zahl der Urinentleerungen ist gewöhnlich vermehrt. Führt man nach einer Urinentleerung einen Katheter ein, so kommt spontan kein Harn mehr zum Vorschein; erst bei Druck auf den Tumor wird Urin durch den Katheter entleert. Gute diagnostische Hülfsmittel bei Verdacht auf Cystocele sind Injektion von Flüssigkeit in die Blase, wodurch der direkte Zusammenhang der Blase mit dem Tumor festgestellt werden kann, ferner Einführung einer Metallsonde und Bewegungen derselben in der Richtung nach dem Tumor, um womöglich diese Bewegungen im Tumor zu spüren. Jedenfalls ist die Differentialdiagnose zwischen Darm- bezw. Netzbruch und Blasenhernie sehr schwierig; in der That werden Blasenhernien sehr oft für Darmbrüche gehalten, sogar im Verlaufe einer Herniotomie wird nicht selten die vorliegende Blase verkannt und eröffnet. Besteht irgend ein Zweifel, so mufs langsam, Schicht für Schicht incidiert werden. Handelt es sich um eine Cystocele, so findet man die Muscularis, die an ihren glatten netzförmig angeordneten Fasern erkennbar ist, unter einer dicken Fettschicht; diese Fettschicht fehlt nie. — Die Cystocele kann ernste Komplikationen hervorrufen: Verlegung des den dislozierten Teil mit der übrigen Blase verbindenden Kanals durch schleimige oder kalkige Massen sowie Steinbildung im dislozierten Teil, beides sehr häufig die Ursache heftiger Entzündungen; aufserdem entsteht zuweilen Cystitis, Pyelonephritis, Prostatitis; auch Incarcerationserscheinungen kommen vor, die aber ebenfalls nichts

Charakteristisches an sich haben. — Die Prognose der Cystocele ist an und für sich günstig. Auch wenn es sich erst im Laufe einer Herniotomie herausstellt, dafs es sich um eine Cystocele handelt, ist die Prognose gut: die Blase wird dann einfach reponiert. Ist die Blase eröffnet, so mufs sie sofort wieder vernäht und dann reponiert werden; bei dreimal täglich wiederholter Blasenspülung und regelmäfsiger Katheterisierung heilt die Wunde gewöhnlich per primam; allerdings entstehen oft Fisteln, die entweder von selbst heilen oder leicht zur Heilung gebracht werden können. Wird die Blase auch nach ihrer Eröffnung nicht erkannt und, wie es schon vorkam, ein Stück reseziert, so entsteht ein sehr gefährlicher Zustand: es bilden sich immer neue Fisteln, es kann zu schweren Hämaturien und zu Urämie kommen. Bei geschwächtem Allgemeinzustand, schweren Erkrankungen der Harnwege, insbesondere bei hochgradigen Veränderungen der Nieren ist eine Cystocele und noch mehr Eröffnung der Blase gefährlich. Kleine Cystocelen werden, wenn keine starken Entzündungserscheinungen vorhanden sind, am besten mit Bandagen behandelt; Reizzustände werden durch Blasenspülungen und Verabreichung von Salol bekämpft. Ist der Tumor sehr grofs oder kommt es zu wiederholten Entzündungen, so ist die Radikaloperation am Platze; dieselbe wird ebenso ausgeführt wie die Radikaloperation eines Darmbruches; nach der Operation sind einige Blasenspülungen zu machen. Das Bestehen einer Cystitis ist keine Gegenindikation gegen die Operation, wohl aber schlechter Allgemeinzustand, schwere Nierenkrankheiten und hochgradige Veränderungen der Prostata.

3. **Incarcerierter Stein — Lithotripsie — Sectio — Heilung**, von Routier. Bei einem 65jährigen kachektischen Mann mit starker Prostatahypertrophie wurde in der rechten Seite der Blase ein Stein konstatiert, der fixiert und von weicher Beschaffenheit zu sein schien. In Chloroformnarkose wurde die Lithotripsie versucht, es gelang jedoch nicht, den ganzen Stein zu fassen; es wurde nur ein Teil zermalmt, die Stücke wurden durch Spülungen und Aspiration entfernt. Da der Rest des Steines mit dem Lithotriptor nicht gefafst werden konnte, wurde die Sectio alta gemacht: es fand sich auf der rechten Seite der Blase in der Gegend des Ureter ein von einem Schleimhautwulst dicht eingeschlossener grofser Phosphatstein.

4. **Ein neuer Belag für Katheter**, von Kraus. Der Verfasser verwendet seit Jahren zum Einfetten der Katheter folgende Salbe: Tragacanth. 2,5, Glycerin. 10,0, Aq. carbolis. (3%ig) 90,0. Diese Salbe hat den grofsen Vorzug, in Wasser sich aufzulösen; ein Katheter, der mit der Salbe bestrichen ist, reinigt sich, in lauwarmes Wasser eingelegt, von selbst. Aufserdem erleichtert die Salbe das Gleiten des Katheters in hohem Grade; die Schleimhaut wird ferner durch die Salbe nicht gereizt. Es genügt, das einzuführende Ende des Katheters einzufetten, die Salbe verbreitet sich dann von selbst über die ganze Oberfläche des Instruments.

5. **Incontinentia urinae bei einem Syphilitiker**, von Hérresco und Druelle. Bei einem Manne, der als Kind an Enuresis nocturna gelitten, vor 15 Jahren luetisch infiziert worden war und seit 4 Monaten Beschwerden bei der Urinentleerung hatte trat komplete Incontinentia urinae diurna et nocturna auf; dabei hatte der Kranke besonders bei Nacht blitzartige Schmerzen in den unteren Extremitäten. Aufserdem bestanden folgende Symptome: Patellarreflex links aufgehoben, rechts vermindert, leichter Grad von Rombergschem Phänomen, Andeutung des Argyll-Robertsonschen Phänomens (Fehlen der Pupillenverengerung auf Lichteinfall bei Erhaltensein der Pupillarreaktion auf Akkomodation), Verminderung der Schmerzempfindung, Impotentia coeundi: Dieser Symptomenkomplex erinnerte zwar an Tabes, wurde jedoch von den Verfassern für pseudotabetisch gehalten und ebenso wie die Incontinentia auf luetische Veränderungen der Medulla zurückgeführt. Der Erfolg der angewandten

Therapie bestätigte die Diagnose: schon nach zwei Kalomelinjektionen war die Incontinentia beseitigt.

Heft 2.

1. **Schmerzhafte Blasenkatarrhe**, von ALBARRAN. Unter der Bezeichnung „schmerzhafte Blasenkatarrhe" werden nach dem Vorgange GUYONS und HARTMANNS jene Fälle von chronischen hartnäckigen Blasenkatarrhen zusammengefafst, bei denen die Empfindlichkeit der Blase gegen Berührung und Spannung aufserordentlich gesteigert und die Schmerzhaftigkeit infolgedessen sehr grofs ist. Ätiologisch wie pathologisch-anatomisch sind die hierher gehörigen Fälle vollständig verschieden von einander. Aus der grofsen Gruppe dieser schmerzhaften Blasenkatarrhe will der Verfasser die Blasenkatarrhe infolge von Fremdkörpern und Steinen, infolge von Neoplasmen und die tuberkulösen Blasenkatarrhe ausscheiden, obwohl auch bei diesen drei Arten die Schmerzhaftigkeit oft aufserordentlich grofs ist. — Schmerzhafte Blasenkatarrhe kommen bei Frauen viel häufiger als bei Männern vor. Der Grund, warum in vielen Fällen von Cystitis die Schmerzhaftigkeit und Hartnäckigkeit so grofs ist, ist nicht bekannt. Die anatomischen Veränderungen haben ihren Sitz gewöhnlich in der Nähe des Blasenhalses, sind stets sehr hochgradig und beschränken sich meist nicht auf die Blasenschleimhaut: auch die Submucosa, die Muscularis und das perivesikuläre Bindegewebe sind häufig ergriffen. Die vom Verfasser beobachteten „schmerzhaften Blasenkatarrhe" waren Fälle von Cystitis catarrhalis, phlegmonosa, vegetans, ulcerosa, pseudomembranosa, verrucosa und von Leukoplasia vesicalis. Die Leukoplasia vesicalis stellt wahrscheinlich das erste Stadium des Blasencarcinoms dar. Wenn sich bei einer chronischen Cystitis im Urin zahlreiche isolierte Epidermiszellen oder ganze Klumpen gebildet aus Epidermiszellen finden, so deutet dies auf Leukoplasia vesicalis hin; die cystoskopische Untersuchung ergiebt runde, regelmäfsige, manchmal erhabene Flecken von weifsem oder gräulichem, glänzenden Aussehen. Die Affektion kann durch Curettage und Kauterisation oder Exstirpation der erkrankten Partien zur Heilung gebracht werden. — Die Cystoskopie ist in den meisten Fällen von schmerzhaftem Blasenkatarrh erst nach einer vorbereitenden Behandlung der Blase (Einspritzung von Argentum nitricum-Lösung, von schwacher Sublimatlösung oder von Guajakolöl) möglich; manchmal ist sie infolge allzugrofser Schmerzhaftigkeit und Reizbarkeit der Blase überhaupt nicht ausführbar. — Die schmerzhaften Blasenkatarrhe sind sehr häufig Ursache, selten Folge von Nierenaffektionen; daher wird sehr oft durch Behandlung bezw. Beseitigung des Blasenleidens die Nierenaffektion günstig beeinflufst, während andererseits manchmal die durch Nephrotomie bewirkte Ableitung des infizierten Urins Besserung oder selbst Heilung der Cystitis bewirkt. — Die Behandlung wird mit Einträufelungen von 15—20 Tropfen 1—5%iger Argentum nitricum-Lösung oder mit Injektionen von 1—5 g schwacher Sublimatlösung (1:4000—5000) oder 3—5%igem Guajakolöl in die vollständig leere Blase begonnen. Versagt die lokale Behandlung, was in veralteten Fällen sehr häufig ist, so mufs operativ eingegriffen werden; es kommen hier das Curettement und die Eröffnung der Blase in Frage. Bei Männern ist das Curettement nur ausnahmsweise anwendbar, weil hier zuerst eine perineale Urethrotomie gemacht werden mufs; bei Frauen dagegen ist das Curettement leicht durch die Urethra hindurch ausführbar. In Fällen von einfacher Cystitis, wenn die Veränderungen auf die Gegend des Blasenhalses beschränkt sind, giebt das Curettement, das manchmal wiederholt ausgeführt und stets von Lokalbehandlung gefolgt sein mufs, gute Resultate. Ein hervorragendes Mittel in der Behandlung der schmerzhaften Blasenkatarrhe ist die Eröffnung der Blase, die bei Männern wie bei Frauen am besten in Form der Sectio alta vorgenommen wird. Nach der Eröffnung der Blase ist stets auch die lokale Behandlung

einzuleiten, eventuell müssen erkrankte Partien curettiert, kauterisiert oder exstirpiert werden. Wenn keine Veränderungen bestehen, die auf solche Weise direkt in Angriff genommen werden müssen, oder wenn die Veränderungen auf die ganze Blasenschleimhaut ausgedehnt sind, so kann die Eröffnung der Blase auch in Form des äufseren Harnröhrenschnittes bezw. per vaginam vorgenommen werden. Bei phlegmonöser Entzündung des perivesikalen Bindegewebes ist die Sectio alta nicht ausführbar. In allen Fällen darf die Blase erst nach Ablauf aller entzündlicher Erscheinungen wieder geschlossen werden.

2. **Akute komplete Urinretention bei einem Prostatiker,** von Hérresco und Chastenet de Géry. Bei einem 74jährigen Manne mit Prostatahypertrophie, der vor zehn Jahren eine akute komplete Urinretention gehabt hatte, trat neuerdings eine solche auf: der Versuch den Katheter einzuführen mifslang, infolge Bahnung eines falschen Weges entstand eine heftige Blutung. Der Kranke wurde in die Klinik gebracht, hier gelang es ohne grofse Schwierigkeiten eine mit einem Mandrin armierte Sonde in die Blase einzuführen. Es wurde hierauf ein Verweilkatheter eingelegt, der acht Tage liegen blieb; nach dieser Zeit konnte sich der Kranke mit Leichtigkeit selbst katheterisieren und begann bereits wieder spontan zu urinieren. Der Fall ist interessant wegen des langen Zwischenraumes zwischen den beiden Anfällen von Retention; ein so langer Intervall ist keineswegs selten. Der Fall giebt ferner dem Verfasser Veranlassung darauf hinzuweisen, wie selten eine Urinretention die Punktion der Blase bezw. die Cystotomie nötig macht. Auch in den schwierigsten Fällen gelingt es fast immer, einen mit einem Mandrin versehenen Katheter einzuführen. Jedenfalls ist die Eröffnung der Blase erst dann indiziert, wenn thatsächlich alle Methoden der Katheterisierung versucht worden sind. Auch die ausgezeichnete Wirkung des Verweilkatheters wird durch den beschriebenen Fall aufs neue bewiesen.

3. **Heilung schwerer Erscheinungen bei zwei Prostatikern durch Katheterisierung,** von Janet. Bei einem 81jährigen Manne mit hochgradiger Prostatahypertrophie traten die Zeichen einer Urinintoxikation auf: remittierendes Fieber, Trockenheit und Rötung der Zunge, heftiger Durst, leichte Delirien, rapider Verfall. Einlegen eines Verweilkatheters, der 21 Tage liegen blieb, beseitigte alle diese Symptome. — Bei einem 76jährigen Prostatiker, der sich seit etwa sechs Monaten regelmäfsig katheterisieren lassen mufste, traten plötzlich nach dem Katheterisieren heftige Schmerzen und so starke Blutungen auf, dafs das Leben des Patienten gefährdet war. Es wurde die Ausführung der Cystotomie beschlossen, bis zur Operation wurde regelmäfsig alle zwei Stunden katheterisiert und nach jeder Katheterisierung, um das Leersein der Blase zu verhüten, Borsäurelösung in die Blase eingeführt, und zwar jedesmal 100—150 ccm weniger, als die entleerte Urinmenge betrug. Daraufhin hörten Schmerzen und Blutungen sehr rasch auf, sodafs die Operation unnötig wurde. Schon nach acht Tagen konnte die Einführung von Borsäurelösung unterbleiben, von der dritten Woche an begann der Kranke spontan zu urinieren. — Die beiden Fälle sind ein Beweis dafür, dafs die Eröffnung der Blase bei Prostatikern nur in den seltensten Fällen nötig ist; Einlegen eines Verweilkatheters und die verschiedenen Variationen der Katheterisierung führen auch bei schweren Komplikationen der Prostatahypertrophie zumeist ans Ziel.

4. **Späterfolge einer Resektion der Urethra,** von Noguès. Bei einem Knaben, bei dem infolge einer traumatischen Ruptur eine ausgedehnte narbige Verengerung im Perinealteil der Urethra entstanden war, hatte die Urethrotomia externa, sowie dreimalige Urethrotomia interna mit nachfolgender aufserordentlich schwieriger und schmerzhafter Dilatationskur nur ungenügende und vorübergehende Resultate ergeben. Es wurde daher die narbige Partie entfernt und der so entstandene Defekt der

unteren Harnröhrenwand durch eine Zweietagennaht der Weichteile des Perineums gedeckt; die Wunde heilte per primam. Der Erfolg war ein sehr guter, die Urethra war in den folgenden sechs Jahren vollkommen und leicht durchgängig. Im siebenten Jahre trat abermals eine Verengerung auf: die Dilatation gelang dieses Mal sehr leicht, während der Versuch der Dilatation vor der Operation sehr schwierig und nahezu erfolglos gewesen war.

Heft 3.

1. **Pseudoentzündungen der Harnwege,** von Bazy. Der Verfasser berichtet — zur Warnung — von einigen Fällen, in denen fälschlich Entzündungen der Harnwege diagnostiziert und zum Teile sogar eingreifende Operationen beschlossen, wenn auch nicht ausgeführt wurden. Die Diagnose Pyelitis bezw. Cystitis darf nur dann gestellt werden, wenn im Urin Eiter nachgewiesen ist, sei es durch die mikroskopische Untersuchung oder durch Zusatz von Ammoniak, der mit Eiter einen charakteristischen schleimigen Niederschlag giebt. Eiterhaltiger Urin wird bei Zusatz von Säure und beim Erhitzen noch trüber, während eine Trübung des Urins, die durch Salze bewirkt ist, durch Säurezusatz und durch Erhitzen zum Verschwinden gebracht wird. Das ist wichtig, weil thatsächlich oft trüber Urin ohne weiteres für eiterhaltig erklärt wird. Trübung des Urins bei gleichzeitig bestehenden Schmerzen in der Nierengegend hat schon häufig zur irrtümlichen Konstatierung einer Pyelitis geführt, während thatsächlich die Trübung durch Salze bewirkt war und die Schmerzen von einem den Nieren benachbarten Organ, der Milz z. B., ausgingen. Auf Grund einer durch Salze bewirkten Trübung des Urins wurde auch schon fälschlich Cystitis diagnostiziert, besonders bei Personen, die früher wirklich einen Blasenkatarrh gehabt hatten. Vermehrte Acidität des Urins bewirkt häufig Vermehrung der Urinentleerungen und Schmerzen bei denselben, also Erscheinungen, die gelegentlich mit Unrecht zur Diagnose einer Erkrankung der Harnwege führen können. Verabreichung von Alkalien beseitigt diese Symptome.

2. **Bemerkung über einen Fall von Bakteriurie,** von Imbert und Gaujoux. Bei der Behandlung eines Patienten, der mehrmals an Blennorrhoe gelitten hatte, und bei dem chronische Prostatitis und Urethritis, sowie rechtsseitige Epididymitis und Hydrocele bestand, fanden die Verfasser, daſs der bei der Entleerung klare Urin sich nach einigen Tagen trübte. Diese sekundäre Trübung war einzig durch Wucherung von Bakterien bewirkt. Um welche Art von Mikroorganismen es sich handelte, konnte nicht festgestellt werden; mit Sicherheit wurde nur konstatiert, daſs es nicht Bacterium coli war. Der Urin enthielt auſserdem ganz vereinzelt Leukocyten, die Zahl der Urinentleerungen war nicht vermehrt, Schmerzen bei denselben bestanden nicht, die Blase entleerte sich vollkommen, ihre Kapazität war sogar gröſser als normal. Es handelte sich also um einen Fall von Bakteriurie, die wahrscheinlich eine Folge der bestehenden Prostatitis war. Wenn aus der Prostata bezw. Urethra bei Gesunden einzelne Bakterien in die Blase gelangen, so werden dieselben mit dem Urin alsbald wieder entfernt. Dagegen kann man wohl annehmen, daſs bei krankhaften Zuständen die in die Blase gelangten Bakterien, vielleicht infolge einer zeitweiligen inkompleten Urinretention, die Fähigkeit gewinnen, sich in der Blase unausgesetzt zu vermehren. Spülungen der Blase mit Kalium permangan., Einträufelungen von Protargol- und Argentum nitricum - Lösung waren in dem beschriebenen Falle erfolglos; dagegen bewirkten groſse Dosen von Salol (8—10 g pro die) bedeutende Besserung. *Götz-München.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band III, Heft 2. März 1899.

1. **Maligne Syphilis praecox**, von Christian-Philadelphia. Im Hinblick darauf, daſs die Läsionen der Haut bei maligner Lues obwohl sekundärer Art doch tertiäres Aussehen darbieten, sieht Verfasser, dessen Erfahrungen über acht Fälle maligner Syphilis sich erstrecken, in einer gemischten Therapie die besten therapeutischen Erfolge. Daneben thun Roborantien wie Extractum fluidum Cocae, Leberthran und allerlei Tonica die besten Dienste.

2. **Mykosis fungoides**, von Melvin-St. John. Die Alibertsche Krankheit ist in den Vereinigten Staaten äuſserst selten. Stellwagon beobachtete sie unter 127000 von ihm registrierten Kranken nur einmal, Crocker sah sie unter 12000 Patienten kein einziges Mal. Höchstwahrscheinlich kommt aber das Leiden nicht so selten vor, wie diese Statistiken ergeben. Denn es ist zu vermuten, daſs Fälle dieser Krankheit vom praktischen Arzte für Carcinoma, besonders Epithelkrebs gehalten werden, auch oft als Sarkome segeln, mit denen sie ja mikroskopische Ähnlichkeit haben. Melvin berichtet einen typischen Fall von Mykosis fungoides aus seiner Praxis bei einer 67jährigen Witwe. Das erste Symptom war ein roter, nicht juckender Fleck auf der Stirn, der später zu schuppen und zeitweise zu schmerzen begann, bis er nach Jahren exulcerierte. Als kleines Geschwür mit geringe Erhabenheit zeigenden runden Rändern und geringer Tiefe bestand dasselbe etwa 10—12 Jahre, im Verlauf deren infolge mehrmaligen Erysipels eine vorübergehende mehrmalige Zuheilung eintrat. Seit ca. einem Jahre stellte sich eine rapide Weiterentwickelung ein. Aus dem Geschwür war eine 3 Zoll im Durchmesser zählende erhabene Wucherung mit geringer Absonderung geworden, deren oberes Drittel von einer trockenen Pseudomembran bedeckt war. Das Allgemeinbefinden der Kranken war ungetrübt. Drüsen waren nicht befallen. Die mikroskopische Untersuchung eines dazu excidierten Stückes der Geschwulst bestätigte des Verfassers Diagnose Mykosis fungoides gegenüber der im dortigen Stadtkrankenhause gestellten Diagnose Epitheliom. Der Tumor besteht in solchen Fällen aus Rundzellen, die durch ein zartes enges Netzwerk getragen werden, das statt des normalen Gewebes der Haut sich gebildet hat. Die Neubildung zeigt spärliche Gefäſsbildung, und wo sie sich ausbreitet, Zerstörung der Hautkapillaren wodurch die Grenze zwischen krankem und gesundem Gewebe unklar, verwischt wird. Die französischen Autoren haben die Mykosis fungoides meist für ein Lymphadenom gehalten, Sirebey für ein Lymphosarkom, und derselben Ansicht sind die neueren deutschen Dermatologen. Hochsinger, Schiff, Payne, Stellwagon und Hasch nennen die Geschwulst ein Granulom. Daſs Mikrokokken die Erreger der Affektion seien, muſs noch bewiesen werden.

3. **Cyste der Niere**, von Mc Gannon-Nashville. Eine 30jährige Patientin litt seit vier Jahren an schmerzhaften Anfällen in der linken Seite, die alle vier oder fünf Tage ganz plötzlich auftraten und von äuſserster Intensität waren. Die Folge davon war ein Hang zum Morphiumgebrauch. Im Beginn des Leidens traten die Anfälle nur selten auf, dauern aber jetzt bis zu 24 Stunden und kehren oft wieder. Vier Ärzte hatten die Kranke seit mehreren Jahren wegen Eierstocks-, Gebärmutter- und Magenaffektion behandelt. Verfasser beklagt, daſs gerade diese Irrtümer häufig zu beobachten seien, wie ihm viele Fälle aus seiner Praxis beweisen. Die Entfernung der kranken Niere führt zur glatten Heilung. Es lag cystische Entartung der Niere vor. Die Anfälle sind höchstwahrscheinlich infolge Verstopfung des Ureters durch Steine hervorgerufen worden.

4. **Bericht über einige Fälle von Geschlechts- und Harnkrankheiten**, von Woodruff-Charleston. Aus der Arbeit, die in bunter Reihe Lues, Blennorrhoe.

Prostatorrhoe und Strikturen behandelt, ist nur einzelnes hervorzuheben. Bei sekundärer Lues mit Knochenschmerzen empfiehlt Verfasser folgende Therapie: Dreimal täglich = 0,06 Kalomel und Opium bis zum Speichelflufs, oder Hydrarg. bichlorat. 0,12, Kal. jodat. 7,20, Sirup. Sarsaparill. 180,0. MDS. 2 mal täglich 1 Theelöffel. Auch setzt Woodruff alle Patienten mit der Diagnose Rheumatismus auf antisyphilitische Therapie, wenn die Antirheumatica nicht anschlagen. Den Heiratskonsens giebt er erst, wenn fünf Jahre lang keinerlei Erscheinungen aufgetreten sind. Nach dem Auftreten der sekundären Symptome hält er eine fünfjährige spezifische Behandlung bis zur Heilung für notwendig.

5. **Bedeutung der Samenverluste,** von De Armand-Davenport. Unter den Begriff Spermatorrhoe fallen nur die Samenverluste, die der Mann am Tage oder nächtlicherweise ohne Wollustgefühl erleidet, sowie Abgang von Samen während der Defäkation.

6. **Präcolumbische Lepra,** von Ashmead-New York. Die durch 9 Abbildungen der vielbesprochenen auf der Leprakonferenz demonstrierten altperuanischen Thongefäfse erläuterte Abhandlung bildet den Schlufs einer Reihe von Artikeln des bekannten New Yorker Kollegen Ashmead. Während einzelne Forscher überhaupt im Zweifel darüber sind, ob die Thongefäfse aus präcolumbischer Zeit stammen, hält Ashmead diese Vermutung aufrecht, vertritt aber die Ansicht, dafs die auf den Gefäfsen abgebildeten Verstümmelungen keineswegs Zeichen von Lepra vorstellen. Vielmehr hält er sie für Syphilis und Lupus, denn Tuberkulose und Syphilis haben sicher vor dem Eintreffen der Spanier in Südamerika existiert.

7. **Ekzembehandlung,** von Martin-St. Louis. Bei der Behandlung des Ekzems brauchen wir innerlich Laxativa, Diuretica, Alterativa und Tonica, äufserlich lokal Antiseptica, Antipruritica, Sedativa und Stimulantia. Bei akuten Fällen mit starker Hyperämie empfiehlt Verfasser innerlich eine Magnesiasulfatweinsäuremixtur abwechselnd mit Lithionwasser, extern mildernde Salben oder Puder. Daneben ist absolute Ruhe nötig. Beim Nachlassen der akuten Erscheinungen gehe man zum Arsenik über. Bei Anämischen verbinde man damit ein Tonicum (Ferr. sulfur., Strychnin). Bei chronischen Ekzemen heifst es nicht nur die Ursachen, sondern auch die Produkte beseitigen. Die verdickte und infiltrierte Haut mufs zur Norm zurückgebracht werden. Grüne Seife, Teer, Wilkinsonsche Salbe, Hebrasche Salbe erreichen zwar diesen Zweck, reizen aber stark. Sehr mild wirkt dagegen das Ichthyol, rein, oder mit Teer und Schwefel vereinigt. In Verbindung mit Zinkoxyd ist es wegen der antiphlogistischen Wirkung sogar beim Abklingen akuter Ekzeme empfehlenswert. Bevor man die chronischen Ekzeme lokal behandelt, sollte man, wie Verfasser vorschlägt, Skarifikationen vornehmen, was nicht nur die Resorption befördert, sondern auch zur besseren Absorption der Salbe führt. Innerlich reiche man daneben Alkalien, besonders Lithium und Arsenik. Die Darreichung von Alkalien mufs noch eine Zeit lang fortgesetzt werden, bis die überschüssige Säure aus dem Körper entfernt ist. (!)

8. **Die Wirkung von Bildungsfehlern und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane auf den Geschlechtstrieb,** von Bacon-Chicago. Der Geschlechtstrieb kann vermehrt, vermindert oder in perverse Richtung gelenkt sein. Perversion des Geschlechtstriebs umfafst Homosexualität, Fetischismus, Sodomie und Masturbation. Die Ursachen liegen zum Teil im Gehirn, zum Teil aber auch in nervösen und vasculären Veränderungen in der Geschlechtssphäre. Der sexuelle Trieb beginnt mit der Pubertät, mit dem Wachstum der Brüste und der Entwickelung der Genitalien, also mit Erscheinungen, die der ersten Menstruation oft monate- ja jahrelang vorausgehen. Ebenso überdauert auch der Trieb die Menopause um mehrere Jahre, um allmählich zu schwinden. Zuweilen tritt eine Steigerung nach der Menopause ein, die wohl darin ihren Grund hat, dafs die Störungen des Sexualbedürfnisses, wie sie schmerz-

hafte Menstruationen mit sich bringen, dann aufhören. Während des menstruellen Lebens variiert der Geschlechtstrieb in cyklischer Weise, unabhängig von den Menses. Während der Menstruation kann das Geschlechtsbedürfnis infolge der Kongestion und der Nervenreizung vermehrt sein, während es bei der Mehrzahl der Frauen herabgesetzt ist, der Schmerzen wegen. Die Schwangerschaft übt auf es keinen besonderen Einfluſs aus. Mangelhafte Entwickelung von Ovarien, Tuben, Uterus und Scheide brauchen und pflegen keine Herabsetzung des Geschlechtstriebes gegenüber der Norm im Gefolge zu haben. Dafür spricht auch die Thatsache, daſs z. B. bei fehlender Vagina häufig die Urethra dilatiert wird und das männliche Glied aufnimmt. Verdeckung der Clitoris durch Adhäsionen der Nymphenenden ist die Ursache zu einer Verminderung, Anhäufungen von Smegma um die Clitoris infolge von Reizung die Ursache einer Steigerung des Triebes. Die Entfernung eines Eierstocks oder die partielle beider hat keine Wirkung, die totale Kastration allerdings zerstört den Geschlechtstrieb zum Teil. In Ausnahmefällen wächst derselbe, wenn die Ovarien vorher in ihrer Schmerzhaftigkeit jede sexuelle Regung verhindert hatten. Die wichtigsten Veränderungen im sexuellen Triebe bringt die Blennorrhoe hervor. Die mit deren Hyperämien und chronischen Reizen verbundene nervöse Erregbarkeit führt zu excessivem Triebe, Nymphomanie und Masturbation. Im allgemeinen läſst sich sagen, daſs angeborene oder erworbene Abnormitäten der Geschlechtsorgane, die zu gesteigerter Vaskularisation mit Fehlen jeden Schmerzes führen, den Geschlechtstrieb steigern oder ihn pervers gestalten. Alle schmerzhaften Veränderungen dagegen führen zu einer Abnahme desselben.

9. **Die Behandlung des syphilitischen Individuums ist nicht weniger wichtig als die Behandlung der Krankheit,** von Philips-St. Louis. Die in der Überschrift ausgedrückte Ansicht wird vom Verfasser in ausführlicher Weise erläutert. Nicht nur die Therapie, die sich direkt gegen das spezifische Virus richtet, erschöpfe unsere ärztliche Thätigkeit, sondern ein ebenso groſses Augenmerk sei auf daneben bestehende oder auftretende Beschwerden, wie Anämie, Neurosen u. a., ferner auf die Umgebung des Kranken, frische Luft, Bäder (Badeorte) und Klima zu verwenden.

10. **Harn- und Geschlechtsorgane,** von Ball-Mantua Station. Die Abhandlung bietet nichts, was des Referierens würdig wäre.

11. **Behandlung der Schleimhautsyphilis,** von Baerens-St. Louis. Die Schleimhäute sind mehr als die äuſsere Haut inneren und anderen Reizen ausgesetzt und bilden deswegen einen besonders günstigen Boden für syphilitische Erscheinungen. Oft kommt die sekundäre Lues als Schleimhautlues zur ersten Kundgebung. Was die Behandlung derselben anbetrifft, so verwirft der Verfasser die lokalen Kauterisationen mit Höllenstein und anderen Kausticis, empfiehlt vielmehr neben entsprechender Allgemeinbehandlung Antiseptica und milde Adstringentien für die Schleimhäute, für den Mund besonders Glykothymolin Kress (1 : 4 Teilen Wasser) mehrmals am Tage zu Spülungen.

12. **Arsenikbehandlung des Hautkrebses,** von W. S. Gottheil. Die Wirkung des äuſserlich angewandten Arsens beruht darauf, daſs gesundes Gewebe den reizenden und entzündungserregenden Eigenschaften eines Mittels viel besser widersteht als neugebildete Gewebspartien. Arsenik übt eine elektive zerstörende Wirkung auf die verschiedenen Gewebe aus, indem es die Krebszellen zerstört, selbst in scheinbar noch gesunden Bezirken. Diese Behandlung verdient den Vorzug vor Messer und Kaustik, da der Umfang der Anwendung dieser beiden Mittel und ihr Erfolg von der jeweiligen Ansicht des Operateurs abhängt. Die Recidive bestätigen den nur relativen Vorzug dieser Methoden. Die Arsenätzung ist bei allen Carcinomen der Haut verwendbar, die nicht die tieferen Lagen oder gar die eventuell unterliegende Mucosa ergriffen haben. Die Resultate sind gute. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Akute Exantheme.

Die Ursache der Bösartigkeit von Scharlach und Masern in vereinzelten Fällen, von ALFRED FREER. (*Brit. med. Journ.* 5. Febr. 1898.) Eine langjährige Erfahrung hat den Verfasser zu der Ansicht gebracht, dafs die zeitweilige Malignität von Scharlach und Masern auf verstopfte Abflufsröhren, auf verunreinigtes Trinkwasser zurückzuführen sei. Ganz kleine Kinder, die kein Wasser trinken, erfreuen sich gegenüber den Krankheiten einer gewissen Immunität. *C. Berliner-Aachen.*

Scarlatina maligna, von C. K. MILLARD. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Eine 27jährige Frau erkrankte am 27. Juli 1897 am Scharlachfieber. Die Patientin hatte mit zwei Kindern ihre verheiratete Schwester auf dem Lande besucht. Als letztere die ersten Anzeichen von Scharlach zeigte, reiste jene mit ihren Kindern rasch wieder ab, in der Hoffnung, einer Infektion zu entgehen. Kaum zu Hause angelangt, legte sie sich unter allgemeinem Unwohlsein zu Bett. Schon am nächsten Tage zeigte sich das Scharlachexanthem, worauf die Patientin mit den beiden Kindern, einem zweijährigen Mädchen und einem vier Monate alten Knaben, ins Krankenhaus geschafft wurde. Unter hochgradigem Fieber, allgemeiner Prostration und Delirien erfolgte $3^1/_2$ Tage nach Beginn der Erkrankung der Tod. Die auf dem Lande wohnende Schwester war wenige Stunden vorher unter denselben Erscheinungen gestorben, während das zweijährige Mädchen ein zwar mit Otorrhoe, aber im ganzen mild verlaufendes Scharlachfieber glücklich überstand und das jüngste Kind gar nicht erkrankte. Wirkliche Scarlatina maligna ist heutzutage eine seltene Erscheinung. Die Bösartigkeit dürfte eher von dem Nährboden, auf welchem sich das Gift entwickelt, als von der Beschaffenheit oder der Quantität des Virus abhängen.

C. Berliner-Aachen.

Scarlatina maligna, von THOMAS DRAPES. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1898.) Ein 19jähriges Mädchen, das am Vormittage noch vollkommen gesund erschien, erkrankte am Nachmittage plötzlich mit Erbrechen, Diarrhoe, Kopfschmerz und Delirien. Die Patientin lief im Hause wie wahnsinnig umher. Als Verfasser sie zum erstenmal sah, hatte sie hohes Fieber, 160 Pulsschläge, Respiration 60, starken Durst. Obwohl der Bruder der Patientin erst kurz vorher Typhus gehabt hatte und es nahe lag, an eine Infektion bei dem Mädchen zu denken, so sprach Verfasser doch die Vermutung aus, dafs die Symptome mehr für Scharlach mit verhaltenem Scharlachexanthem sprächen. Da der Zustand schon in den nächsten Stunden einen ganz lebensgefährlichen Charakter annahm, so verordnete Verfasser in Verbindung mit einem älteren Kollegen kalte Übergiefsungen. Das Haar der Patientin wurde rasch entfernt, ihr Kopf über die Bettkante gehalten und zwei grofse Krüge voll kalten Wassers über denselben gegossen. Der Effekt war wunderbar. Das Mädchen erwachte sofort aus ihrem Delirium, ihr Bewufstsein kehrte wieder. Sie erhielt, da sie zur Somnolenz neigte, Excitantien und am nächsten Tage eine zweite Douche. Der Zustand besserte sich nach jeder Richtung hin. Am dritten Tage nach Beginn der Erkrankung brach an Händen und Füfsen das Scharlachexanthem hervor, dem nach 8 Tagen Desquamation nachfolgte. Das Mädchen genas. Verfasser glaubt, dafs dieser Fall und andere anzudeuten scheinen, dafs das Scharlachgift unter Umständen die Gehirncentren über-

wältige und das Leben der Patienten in hohem Grade gefährde. Für solche Fälle sei die kalte Übergiefsung ein Mittel par excellence, wie sie es vielleicht für das Koma bei Typhus und Urämie sein könnte, wenn sie rechtzeitig und oft genug in Anwendung käme. *C. Berliner-Aachen.*

Ösophagusstenose infolge von Scharlachdiphtherie; Heilung, von F. Ehrlich. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 42.) Im unmittelbaren Anschlufs an Scharlachdiphtherie trat bei dem fünfjährigen Patienten Erbrechen jeder festen Nahrung auf. Ursache davon war eine 18—20 cm von den Schneidezähnen befindliche Ösophagusstenose, die sich als impermeabel erwies und infolge von Schrumpfung der Narbe eines scharlachdiphtherischen Geschwürs entstanden war. Es gelang, von einer Gastrostomiefistel aus die Stenose zu erweitern. *I. Bloch-Berlin.*

Diphtherie und Scharlach, von Marcus-Iserlohn. (*Therap. Monatsh.* Oktbr. 1898.) Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil neun Tage nach einer schweren Diphtherie Scharlach in charakteristischer Weise mit Exanthem, Himbeerzunge u. s. w. zum Ausbruch kam. Als Gegner des Heilserums hatte M. Pinselungen mit Liq. ferri, innerlich Kal. chloric. und Gurgeln mit Hydrog. peroxydat. verordnet, am dritten Tage schon liefs der Prozefs nach, das Allgemeinbefinden wurde besser, die Temperatur sank auf 38° und die Besserung hielt ebenso wie diese Temperatur bis zu dem oben genannten Zeitpunkte an. M. hält dies für ein Frühauftreten der skarlatinösen Diphtherie und glaubt, man wäre bei Anwendung von Serum leicht geneigt gewesen, das Exanthem als eine Nebenwirkung desselben aufzufassen. *Stern-München.*

Ein Fall von Scharlach mit freiem Hämoglobin im Nierenepithel, von A. Woldert-Philadelphia. (*Philadelphia med. Journ.* 8. Oktbr. 1898.) Hämoglobinurie findet sich bei verschiedenen Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Typhus, Syphilis, ebenso bei Vergiftungen z. B. mit Kalium chlor., Karbolsäure. Der Vorgang ist in all' diesen Fällen wohl der, dafs das Gift das Protoplasma der Zelle plötzlich angreift und dieselbe zum Zerfall bringt, wodurch rasche Lösung des Hämoglobins stattfindet, das dann durch die Nieren ausgeschieden wird. Zur Illustrierung des genaueren Vorganges, wie eine Nephritis mit folgender Hämoglobinurie sich entwickelt, beschreibt W. einen solchen Fall des Näheren, wo etwa 14 Tage nach dem Ausbruch eines Scharlachs bei einem 8jährigen Mädchen, also schon in der Abschuppungszeit, die ersten Zeichen der Nephritis, mit hochgradigem Eiweifsgehalt auftraten. Es bestand leichtes Ödem an den Knöcheln und im Gesicht, heifse Wickelung und Kalomel innerlich bewirkte reichliche Urinabsonderung, nach einigen Tagen war der Harn hellgelb (vorher dunkelbraun), die mikroskopische Untersuchung zeigte eine grofse Menge roter Blutkörperchen, wenige Leukocyten, Granularcylinder, Fettepithel (?), Albumin war noch immer vorhanden. Unter geeigneter Behandlung genas jedoch die Patientin schliefslich vollständig. Der Fall sollte auch auf die Wichtigkeit hinweisen, im Verlaufe von Scharlach häufig den Urin zu untersuchen, um die frühen Symptome der Nephritis zu entdecken und rechtzeitig dagegen eingreifen zu können.

Stern-München.

Hyperpyrexie in einem Falle von Masern, von R. H. A. Hunter. (*Brit. med. Journ.* 30. April 1898.) Ein 16 Monate altes Kind erkrankte mit hohem Fieber und Erscheinungen, die auf Masern schliefsen liefsen. Ein lauwarmes Bad und darauffolgende Einwickelung in warme Tücher, aufserdem eine antifebrile Mixtur setzten die Temperatur von 40,6 auf 39,8 herunter, gleichzeitig brach das Masernexanthem hervor. Der Ausschlag war schwach, das Kind immer noch sehr unruhig. Am nächsten Tage wurde der Verfasser plötzlich zum Kinde gerufen, dessen Zustand sich

aufserordentlich verschlimmert hatte. Die Temperatur war auf fast 41° C. gestiegen. Während ³/₄ Stunden wurden wiederholte kalte Einpackungen gemacht, Excitantien verabreicht. Die Temperatur sank, der Ausschlag trat stärker hervor, dem später Desquamation folgte. Das Kind genas. *C. Berliner-Aachen.*

Ausbruch des Masernexanthems am ersten Tage der Krankheitserscheinungen, von E. Mackey. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1898.) Ein 5jähriges Mädchen wurde am 2. Februar wegen einer einfachen Fraktur des Femur ins Krankenhaus aufgenommen. Am 8. Februar erkrankte in derselben Abteilung ein anderes Kind an Masern. Dasselbe wurde sofort isoliert. Am 26. Februar zeigte das erste Kind, nachdem es bis dahin gesund gewesen war, einen papulösen, roten Ausschlag auf dem Rücken, dann auf der Brust und im Gesicht. Erbrechen, Schüttelfrost, allgemeines Unwohlsein, Fieber waren beim Ausbruch des Exanthems nicht vorhanden. Erst eine Stunde später wurden Temperatursteigerung und vier Stunden darauf die katarrhalischen Erscheinungen der Nase, Augenlider, belegte Zunge, schweres Unwohlsein beobachtet. *C. Berliner-Aachen.*

Über das Koplik sche Frühsymptom bei Masern, von L. Knöspel. (*Prag. med. Wochenschr.* 1898. No. 41 u. 42.) Koplik beschrieb als ein sehr frühes Symptom der Masern das Auftreten ganz charakteristischer Veränderungen an gewissen Stellen der Mundschleimhaut. Es zeigen sich bereits im Prodromalstadium unregelmäfsige, glänzend rote Flecken an der Wangen- und Lippenschleimhaut, in deren Centrum bei intensivem Licht je ein kleines, bläulich-weifses Tüpfelchen bemerkbar wird. Diese für beginnende Masern absolut pathognomonische Eruption findet sich nur auf der Wangenschleimhaut und der Innenfläche der Lippen, nicht am harten und weichen Gaumen. Die Tüpfelchen konfluieren nicht zu Plaques und behalten stets den punktförmigen Charakter. Im Floritionsstadium des Hautausschlages verliert die Eruption der Mundschleimhaut den Charakter einer diskreten Fleckung und zeigen sich auf diffus rotem Untergrund zahllose bläulich-weifse Pünktchen. Sie verliert sich lange vor dem Schwinden des Hautausschlages. Koplik betont die Konstanz dieses Zeichens bei Masern und das Fehlen derselben bei anderen Erkrankungen, sowie dessen differentialdiagnostische Bedeutung im Prodromalstadium der Masern, insbesondere gegenüber Scharlach, Röteln, Urticariaformen und Influenza. — Verfasser hat ganz ähnliche Erscheinungen bei 41 zur Aufnahme gelangten Morbillenfällen, sowie bei 43 Fällen der Ambulanz gesehen. Sehr häufig fanden sich die charakteristischen Flecken rings um den Ausführungsgang des Ductus Stenonianus gelagert, stets auch gegenüber den oberen Backenzähnen und auf der Schleimhaut der Lippen, öfter auch auf der Gingiva. In einigen Fällen beobachtete Verfasser auf der Gingiva sowohl des Unter- wie des Oberkiefers eine dünne, florartige, membranöse Auflagerung von bläulich-weifser Farbe, die sich gleich den Koplikschen Flecken von der Gingiva mit der Pincette abziehen und darunter die etwas injiziertere Schleimhaut sehen liefs. Unter dem Mikroskope stellt sich auch diese wie die Koplikschen Flecken als eine Anhäufung platter Epithelien dar, die stellenweise eine grofse Menge Fettkügelchen enthalten. An dem Rande dieser wie ein Häutchen die Gingiva bedeckenden Schicht fanden sich oft rundliche Koplik sche Flecken. Stets schwanden letztere am zweiten oder dritten Tage nach Auftreten des Hautexanthems und konnten dann leicht weggewischt werden. Am deutlichsten fand Verfasser die Flecken entwickelt am Tage vor dem Auftreten des Hautausschlages, frühestens volle 5 Tage vorher. Bei Soor sind die Vegetationen von rein weifser Farbe, von ganz unregelmäfsigen, gezackten Formen und gröfserem Durchmesser und sitzen auch an der Zunge und am Gaumen. — Verfasser illustriert dann noch an einzelnen Fällen, welche bedeutenden Schädi-

gungen durch ein solches sicheres Frühsymptom hintangehalten werden können, und kommt zu dem Schlusse, dafs die KOPLIKschen Flecke ein sicheres und unzweideutiges Frühsymptom der Masern sind, und dafs ihre regelmäfsige Beachtung eine genauere Beurteilung von anomalen Fällen der akuten Exantheme, der Doppelinfektionen, Recidive von Masern u. s. w. ermöglichen wird. Auch die häufig recht schwere und unsichere Differentialdiagnose zwischen Rubeola und Urticaria wird dadurch gefördert werden.

I. Bloch-Berlin.

KOPLIKs Flecken als Hülfsmittel zur Diagnose von Hautkrankheiten, von JACOB SOBEL-New York. (*New York med. Journ.* 15. Oktbr. 1898.) KOPLIK hatte als Frühsymptome der Masern ein Schleimhautexanthem festgestellt, welches in sehr kleinen, runden, blauweifsen, auf geröteter Unterlage sitzenden Flecken besteht, niemals ulceriert, und meist nur auf der Schleimhaut der Wangen und Lippen, selten auf der Zunge und gar nicht an Zahnfleisch, Gaumen oder Rachen vorkommt. SOBEL bespricht ausführlich den Fall eines 15jährigen Patienten, wo die Diagnose aufserordentliche Schwierigkeiten machte und es nur durch diese Flecke schliefslich möglich war, die Richtigkeit der Masern festzustellen. Mit Ausnahme dieses Falles wurden die beschriebenen Flecken bei keinem der tausend Erwachsenen gesehen, deren Mund und Rachen in den letzten Monaten Gegenstand der Untersuchung war. Ferner hatte S. Gelegenheit, die Mundschleimhaut bei einer grofsen Anzahl von Kindern zu untersuchen, welche mit Hautaffektionen wie Varicellen, Urticaria, Scharlach, Purpura, Syphilis u. s. w., ferner auch solchen medikamentöser Entstehung behaftet waren; aber in keinem dieser Fälle wurde ein dem obigen gleichartiges Schleimhautexanthem gefunden. Dasselbe ist also ein wertvolles differentialdiagnostisches Mittel, welches sich S. und anderen bei der im Sommer so häufig auftretenden Miliaria bewährte. Derselbe berichtet schliefslich noch von drei Fällen bei Erwachsenen, welche einen typischen Masernausschlag zeigten; KOPLIKs Flecken waren nicht vorhanden und genauere Nachforschung ergab, dafs es sich um einen medikamentösen (Copaiva-) Ausschlag handelte. S. fand SLAWYKs Angabe bestätigt, dafs die Flecken am häufigsten den Molaren gegenüber vorkommen. Die Zahl der Flecken scheint ohne Einflufs auf die Schwere der Krankheit, also zur Prognose nicht verwertbar zu sein.

Stern-München.

Behandlung der Maserpneumonie, von WALTER LESTER CARR-New York. *Med. News.* 19. Nov. 1898.) Die Bronchopneumonie als Masernkomplikation wird sehr häufig bei Kindern beobachtet, deren Lebensfähigkeit durch Rhachitis, Keuchhusten, Tuberkulose u. s. w. verringert ist. Prophylaktisch ist es wichtig, die Patienten in einem mäfsig temperierten und gut ventilierten Raum zu halten, denselben ständig mit feuchter Luft zu sättigen, die Nasenlöcher mit Borlösung oder heifsem Salzwasser auszuwaschen, mit heifsem Wasser (von 38—41°) die Haut zu stimulieren und leichte Diät zu verordnen. Ist trotzdem aus der meist vorher bestandenen Bronchitis eine Lungenentzündung geworden, so ist vor allem wieder grofse Sorgsamkeit in der Pflege und Nahrung geboten. Senfteige auf die Brust oder Senfbäder von 35—38° C. erleichtern die Atmung, vermindern die Kongestion und beruhigen das Nervensystem. Zur Hebung der Atemnot dienen auch Sauerstoff- oder Dampfinhalationen. Gegen das Fieber sind Bäder von 35° C. bis 32° C. mit Abreibungen oder Wickelungen von 25—26° angezeigt. Als Medikamente empfiehlt C. für das erste Stadium, wenn noch allgemeine Bronchitis vorhanden ist, Castoröl in Emulsion mit etwas Ipecacuana, auch Kalomel, ferner bei starkem Hustenreiz Codein (0,004—0,015), bei Herzschwäche Nitroglycerin (1/10—1/2 mg) oder Strychnin (1/10—1 mg). Aromatische Getränke von Ammonium erleichtern die Expektoration, Kreosot ist

sehr heilsam bei tuberkulöser Anlage, Leberthran ein mächtiges Hülfsmittel und stets zu verordnen, aufser wenn die Verdauung geschwächt oder das Fieber hoch ist. Whisky und Brandy (sic!) hält C. für sehr wichtig, besonders in den späteren Stadien der Krankheit und bei verzögerter Rekonvalescenz; vor der Anwendung der Antipyretica aus der Kohlenteergruppe, vor Expektorantien und Brechmitteln hingegen warnt er im allgemeinen. *Stern-München.*

Über die Kombination von Masern mit Diphtherie, von Kratzsch. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 62. Bd., Heft 1 u. 2.) Verfasser beobachtete in 7 % der Fälle während einer Masernepidemie in Jena das Auftreten von Diphtherie; teils handelte es sich um typische Rachendiphtherie, teils trat ohne pathologische Erscheinungen im Rachen Kehlkopfstenose auf; das Behringsche Serum brachte einmal Heilung; bei drei letal verlaufenen Fällen ergab die Sektion typische Diphtherie in Trachea und Kehlkopf; es scheint also echte Diphtherie relativ häufig bei Masern hinzuzutreten. Verfasser empfiehlt, in solchen Fällen immer Behrings Serum zu versuchen.

F. Hahn-Bremen.

Über eine seltene Komplikation bei Masern (und Scharlach). Periostitis orbitae, von Strubell. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 42.) Der Verfasser beobachtete bei einem Kranken am zehnten Tage nach Auftreten eines Masernexanthems Temperatursteigerung, Milzschwellung und Kopfschmerzen, die besonders in der Gegend des thränenden, lichtempfindlichen linken Auges heftig waren. Im weiteren Verlaufe trat Rötung der linken Gesichtshälfte, Rötung und Schwellung der Lider, Chemosis der Conjunctiva, Exophthalmus am linken Auge bei normalem Spiegelbefunde auf. Druck auf den Bulbus und auf die Orbitalränder war aufserordentlich schmerzhaft. Unter Anwendung warmer Borsäureumschläge gingen die Erscheinungen langsam zurück, und es wurde nunmehr eine vom Boden der Orbita ausgehende, dem Periost angehörende, nach hinten ziehende, druckempfindliche Geschwulst entdeckt. Dieselbe ging im Verlaufe von ca. 14 Tagen bis auf kleine Reste zurück. Es handelte sich um eine Periostitis orbitae; der Verfasser hält diese Affektion für eine — bis jetzt sehr selten beobachtete — echte Metastase der Masern. — Eine in ihren Symptomen ganz ähnliche Affektion, bei der es sich wahrscheinlich ebenfalls um Periostitis orbitae handelte, wurde bei einem Kinde beobachtet, das 6 Wochen vorher an Scharlach erkrankt war. *Götz-München.*

Masern bei einem Säugling, von C. Douglas. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1898.) Am 29. Januar gebar eine gesunde Primipara unter Assistenz des Verfassers ein wohlgenährtes gesundes Kind. Das Puerperium verlief normal, die Mutter nährte das Kind selbst. Am 7. Februar, dem zehnten Tage nach der Geburt, begann das bis dahin gesunde Kind unwohl zu werden, zu niesen, ein wenig zu husten. Am 10. Februar bedeckte ein wohl entwickeltes Masernexanthem den ganzen Körper; die Augen waren gerötet, die Augenlider geschwollen, die Zunge zeigte einen dicken Belag. Der Ausschlag verblafste am 5.—6. Tage und das Kind genas. Von Interesse ist das genaue Einhalten der Inkubationsdauer von 10 Tagen (nach Henoch). Verfasser hält es für möglich und für die einzige plausible Erklärung, dafs er selbst der Träger des Maserngiftes gewesen sei und zur Infektion Anlafs gegeben habe. *C. Berliner-Aachen.*

Zur Kenntnis der sogenannten Röteln, von Krehl. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 62. Bd., Heft 1 u. 2.) Verfasser beobachtete während einer Masernepidemie an 15 Kindern eine exanthematische Krankheit, die ganz gleichmäfsig bei allen verlief und die er als Röteln anspricht. In sämtlichen Fällen begann das Exanthem unmittelbar mit den ersten Krankheitserscheinungen im Gesicht, breitete sich in wenigen

Stunden über den ganzen Körper aus. Die Efflorescenzen schwankten von Linsen- bis Fünfpfennigstückgröſse, waren distinkt, hyperämisch, mit einer Spur Infiltration. Häufig entwickelten sich kleine Bläschen. Fieber bestand nicht, das Exanthem war in 36 Stunden verschwunden, hinterlieſs nie Verfärbungen oder Abschuppung, Komplikationen traten nicht auf. *F. Hahn-Bremen.*

Die Rashs bei den Varicellen mit einigen Bemerkungen über die Rashs im allgemeinen, von Audéoud. (*Archives de méd. des enfants.* Sept. 1898.) Nach den Untersuchungen des Verfassers besteht heutzutage kein Zweifel mehr darüber, daſs Rashs bei den Varicellen vorkommen — etwa 30 Fälle sind bereits publiziert. — Sie treten unter verschiedenen Formen auf: am häufigsten ist die scharlachartige; daneben findet man aber auch morbillen- und purpuraförmige, hämorrhagische und polymorphe. Ein prognostischer Wert kommt ihnen in keiner Weise zu, abgesehen vielleicht von der hämorrhagischen Form; den Verlauf des eigentlichen Exanthems beeinflussen sie gar nicht und verlangen infolge dessen auch keine besonderen therapeutischen Maſsnahmen. *C. Müller-Genf.*

Zur Frage des Impfzwanges, von Böing. (*Allg. med. Centralztg.* 1898. No. 80 bis 82.) Der Aufsatz, welcher im wesentlichen eine Kritik der Küblerschen Arbeit über die „Dauer der durch die Schutzpockenimpfung bewirkten Immunität gegen Blattern" enthält, eignet sich nicht zu einem kürzeren Referate. Es sei daher nur das Schluſsresumé des Verfassers wiedergegeben. — Die drei von der englischen Impfkommission selbst festgestellten, von dem Kaiserlichen Gesundheitsamte wiedergegebenen, von Herrn Kübler aber nicht gewürdigten Thatsachen, daſs 1. in der Pockenepidemie von Sheffield 1892/93 nur geimpfte Kranke starben, die nicht geimpften genasen, daſs 2. in dem gutgeimpften Warrington die Pockenepidemie zu derselben Zeit eine heftigeren Charakter trug als 3) in dem ganz schlecht geimpften Leicester, diese drei Thatsachen genügen vollständig, um die von Herrn Kübler verteidigte resp. neu begründete Lehre von der Dauer und Intensität des Impfschutzes gegen Blattern auf ein sehr bescheidenes Maſs zurückzuführen und den gesetzgebenden Faktoren die Pflicht aufzuerlegen, aufs neue die Grundlagen des Zwangsimpfgesetzes von 1874 einer unparteiischen Prüfung durch eine aus Freunden und Gegnern des Gesetzes zusammengesetzte Sachverständigenkommission zu unterwerfen. *I. Bloch-Berlin.*

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1897, von L. Stumpf. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 51 u. 52.) Wohl der interessanteste Punkt in dem diesmaligen Berichte ist die Mitteilung, daſs der Versuch, in der bayerischen Centralimpfanstalt ebenso wie in anderen deutschen Anstalten an Stelle der Retrovaccine rein animale Lymphe zu züchten, fehlgeschlagen ist: die Lymphe war zum Teil vollständig unbrauchbar, der zur Verwendung gelangte Teil dieser Lymphe aber ergab bedeutend schlechtere Resultate als die Lymphe von Kälbern, die mit humaner Lymphe geimpft waren. Der Grund, warum die Züchtung rein animaler Lymphstämme miſslang, liegt in besonderen in der bayerischen Centralimpfanstalt gegebenen Verhältnissen. — Von einzelnen Beobachtungen sind folgende erwähnenswert: Autorevaccinationen ergaben meistens nur kümmerliche Resultate. Die Pusteln bei jüngeren und schwächlichen Kindern, sowie bei solchen, die kurz vorher schwere Krankheiten überstanden hatten, waren kleiner und schlechter entwickelt als die Pusteln bei älteren, kräftigen Kindern. Spätentwickelung der Blattern wurde häufig beobachtet. Bei Wiederimpflingen entwickelten sich die Pusteln um so besser und zahlreicher, je unbedeutender die Narben der ersten Impfung waren. Der Versuch einzelner Mütter, mit der Hand oder mit Watte die Lymphe aus den Impfschnitten

zu entfernen, verringerte nur in wenigen Fällen den Erfolg der Impfung. Mehrfach wurde gleichzeitige Entwickelung von Impfpusteln und Masern, sowie von Impfpusteln und Varicellen beobachtet; die betreffenden beiden Exantheme nahmen zumeist ganz unbeeinflufst von einander ihren regelmäfsigen Verlauf, ohne sich gegenseitig abzuschwächen oder zu verschärfen. Von Erkrankungen der Haut infolge der Impfung wurden beobachtet: Erytheme, urticariaähnliche Exantheme, Ekzeme in der Umgebung der Impfstelle, Ekchymosen, Hämorrhagien, Furunkel. Bei einem sehr unreinlich gehaltenen Kinde entwickelte sich an der Impfstelle ein etwa zweimarkstückgrofses Geschwür, aufserdem aber bestand Trismus, zu dem sich ein Anfall von Tetanus gesellte; das Kind genas nach 8 Tagen. Aufserdem kamen vereinzelt Anschwellung des Armes, Entwickelung einer nicht-spezifischen Papel an der Stelle einer 2 Wochen vorher abgefallenen Blatter, mehr oder weniger starke reaktive Entzündungen, Bildung sinuöser Geschwüre, Erysipele zur Beobachtung; in allen diesen Fällen trat Heilung ein. Ein mit der Impfung in ursächlichem Zusammenhang stehender Todesfall kam nicht vor.

Götz-München.

Naturgeschichte der Vaccinia, von S. M. Copeman. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1898.) Obgleich aus Jenners Schriften deutlich hervorgeht, dafs er unter Vaccinia nichts mehr und nichts weniger als die Variola der Kuh verstanden hat, so scheint seine Theorie zu seinen eigenen Zeiten sogar keine allgemeine Unterstützung gefunden zu haben. Auch bis zum heutigen Tage ist die Frage, ob Kuhpocken und Menschenpocken identisch seiden, nicht entschieden. — Verfasser bemüht sich, an der Hand der Litteratur und der einschlägigen experimentellen Forschungen die These Jenners von der Identität der Vaccinia und der Variola zu verteidigen.

C. Berliner-Aachen.

Vaccination in Chicago, von E. Garrott. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898. Das Auftreten der grofsen Pockenepidemie in der City von Chicago in den Jahren 1893, 1894, 1895, bei welcher 3754 Personen erkrankten und 1213 (= 32,3%) an den Pocken starben, gab den städtischen Behörden Veranlassung, energisch für die Schutzpockenimpfung der Bevölkerung Sorge zu tragen. Eine Idee von der Arbeit welche der Chicagoer Impfstab ausführte, erhält man aus der Thatsache, dafs von 270410 im Jahre 1896 untersuchten Personen 159670 mit Erfolg geimpft waren. An weiteren 109189 war die Impfung eben erst vorgenommen worden. Seit mehr als einem Jahre ist in der City kein Pockenfall mehr konstatiert worden.

C. Berliner-Aachen.

Feststellung der Wirksamkeit der Glycerinvaccination durch das New Yorker Gesundheitsdepartement bei Erstimpfungen, von Fielder-New York. (*Med. News.* 8. Okt. 1898.) Von 20804 Erstimpfungen mit Glycerinlymphe waren 20420 mit Erfolg, 384 ohne solchen. Die erfolgreichen Impfungen machen also 98,106% aus. Wenn auch einige Fälle von Wiederimpfung unter den erfolglosen Fällen waren, so beruht dieser negative Impferfolg in 1,894% auf mangelhafter Beschaffenheit des Impfstoffes. So ergab die Lymphe von einem Kalb allein 171 Fehlimpfungen, von einem anderen 70. Im allgemeinen sind die Erfolge befriedigend.

Hopf-Dresden.

Eine Schweifsfrieselepidemie in Bremen und Umgegend, von Stoevesandt und Hoche. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 31.) Im letzten Winter herrschten in Bremen und Umgegend Scharlach und Masern, im Februar und März kam eine zweifellose Epidemie von Röteln dazu, auch kamen den ganzen Winter bis in den Sommer hinein sporadische Fälle von zum Teil ziemlich schwerer Influenza vor.

Daneben gelangten aber im März und April einige Fälle von Schweifsfriesel in die Krankenanstalten, welche das von Immermann in der Nothnagelschen speziellen Pathologie und Therapie gezeichnete Bild der so selten zur wissenschaftlichen Beobachtung und Bearbeitung kommenden Krankheit nach mehreren Richtungen hin vervollständigen. — Es wurde dieselbe verhältnismäfsig grofse Verbreitung der Epidemie in den rein ländlichen Distrikten um Bremen, das baldige Erlöschen derselben nach Erreichen der Stadt beobachtet, wie dies bei allen früheren Epidemien beschrieben worden ist. — Auffällig war, dafs durch verschiedene Konstellation der einzelnen Symptome bei jedem einzelnen Falle, durch wechselndes Überwiegen des einen oder des anderen derselben so mannigfaltige Gesamtkrankheitsbilder sich ergaben, wie bei keiner anderen exanthematischen Infektionskrankheit. — Wie auch von anderen Schweifsfrieselepidemien berichtet wird, war der Winter sehr milde, im Frühjahr sehr viel Regen und Nebel. Die Übertragung von Person zu Person war evident, die Inkubationszeit ganz kurz. — Durchaus nicht in allen schweren Fällen war der primäre Schweifs das hervorstechendste Symptom, sondern öfter das Konstriktionsgefühl im Epigastrium (die Barres épigastriques der Franzosen). Dieses rein nervöse Symptom ohne jeglichen abnormen Lungenbefund kommt bei keiner anderen Infektionskrankheit in dieser Weise vor, fehlt besonders bei der Influenza. Als weitere Symptome wurden beobachtet: Delirien und Hallucinationen, grofse Abgeschlagenheit in der Rekonvalescenz, Magenaffektionen, Darmträgheit, keine Albuminurie, häufig Milzschwellung, geringfügige Gelenkaffektionen, bisweilen beträchtliches und hartnäckiges Fieber. — Der Hautausschlag zeigte vielfache Modifikationen, bald einfache Miliaria, bald scharlach- bald masernähnliche Rötung der Haut. Die hämorrhagische Form kam nicht vor. Bemerkenswert war die wiederholt beobachtete intensive scharlachähnliche Rötung des Gaumens bei relativ geringerer Rötung des Rachens, wodurch gleich im Anfang die sonst vielfach dem Scharlach gleichende Affektion von diesem unterschieden werden konnte. *I. Bloch-Berlin.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Norwegische und internationale Lepragesetzgebung, von Ashmead. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 47.) Verfasser ist ein Gegner des von der Berliner Konferenz angenommenen gemischten Isolierungsgesetzes Hansens. Er wünscht ein Universallepragesetz, welches die Auswanderung Lepröser verhindere. Ein derartiger Vertrag bestehe zwischen Japan und Hawai und habe mit Erfolg japanische Lepra von Hawai ferngehalten. *F. Hahn-Bremen.*

Über internationale Lepragesetzgebung, von Armauer Hansen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 5.) Armauer Hansen wendet sich gegen Ashmeads Angriffe, dafs ein Universalgesetz nötig sei, welches die Auswanderung Lepröser verhindere; erstmal sei ein solches Gesetz wohl wirkungslos, da man bei vielen Leuten noch nicht wisse, dafs sie leprös seien, auch die amerikanische Kontrolle der Einwanderer sei gänzlich ungenügend; Norwegen beherberge in seinen Anstalten 3400 Lepröse, während ca. 170 nach Amerika ausgewandert seien, also doch nur ein ganz kleiner Prozentsatz; endlich solle doch noch bewiesen werden, dafs die in Amerika vorhandenen Leprösen wirklich von eingewanderten leprösen Norwegern abstammten. Seife und Wasser seien zur Vermeidung der Ansteckung sehr wichtig, dafs dadurch Lepra geheilt werden könne, habe er nie behauptet. *F. Hahn-Bremen.*

Die Leprösen in Finnland, von FAYERLUND. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* Okt. 1897.) Laut der auf Veranlassung der Medizinalbehörden vorgenommenen Zusammenstellungen fanden sich im Jahre 1893 51 Aussätzige in Finnland (33 Männer und 18 Weiber) und im Jahre 1897 67 (42 Männer und 25 Weiber); von den früheren 51 waren 1897 nur noch 22 am Leben (13 Männer und 9 Weiber); aufserdem waren 16 Aussätzige, welche nach 1893 sich fanden, schon vor 1897 gestorben. Die Krankheit fand sich sowohl im Jahre 1893 als 1897 zerstreut in den westlichen und centralen Teilen des Landes, weniger in den südlichen und nördlichen; die östlichen Teile scheinen von der Krankheit verschont zu werden. Die Kranken gehörten sozial fast alle der niedrigsten Klasse der Bevölkerung an. Die Infektionsquelle konnte in der Mehrzahl der Fälle nicht entdeckt werden. Im Jahre 1893 fanden sich 2,1 Lepröse auf 100000 Einwohner, 1897 2,6 (nach mutmafslicher Berechnung); da aber wenigstens 12 Lepröse im Jahre 1893 der Aufmerksamkeit entgangen sind, wird das Prozentverhältnis in beiden Jahren das gleiche (2,6 auf 100000); wahrscheinlich ist nach der Meinung des Verfassers die Krankheit doch in der Zunahme im Verhältnis zur Einwohnermenge begriffen. Die 67 Krankengeschichten werden mitgeteilt.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Die Lepra in Argentinien, von SOMMER. (*La Semana med.* 1898. No. 25 u. 26) Verfasser konstatiert eine nicht unbeträchtliche Zunahme der Lepraerkrankungen in Argentinien und zwar werden nicht etwa allein Individuen aus den ärmeren, sondern ziemlich häufig solche aus den wohlhabenden Klassen befallen. Die häufigste Form ist die tuberöse, aus dem Grunde wohl, weil die anästhetische meist so wenig Beschwerden verursacht, dafs sich die Patienten keiner Behandlung unterziehen. Verfasser ist Kontagionist und zwar schreibt er eine Hauptrolle der indirekten Übertragbarkeit der Lepra durch Insekten (Mosquitos) zu, ohne die direkte Infektion zu leugnen. Prophylaktisch verlangt er daher Isolierung der Erkrankten und Reinlichkeit. Therapeutisch hat er mit dem CARRASQUILLAschen Serum keine Erfolge erzielt, keine bessere mit dem Ichthyol innerlich, sehr gute dagegen mit dem Chaulmoagraöl (bis 200 Tropfen pro die).

C. Müller-Genf.

Endemisches Vorkommen der Lepra in Louisiana, von DYER-New Orleans. (*Philad. med. Journ.* 17. Sept. 1898.) Höchstwahrscheinlich besteht die Lepra seit 1750 in Louisiana, nachgewiesenermafsen seit 1778. Es gab mehrere spezielle Herde, so in der Stadt New Orleans, im Lafourchedistrikt und im Téchedistrikt. Entweder sind die beobachteten Leprösen in Louisiana geboren oder haben wenigstens 10 Jahre lang dort gelebt. In einem Falle nur bestand erbliche Belastung, sonst trat die Lepra immer erst nach dem 5. Lebensjahre oder meist in erwachsenen Jahren auf. Seit dem Jahre 1800 ist über 295 Leprafälle Bericht ergangen, davon seit 10. Sept. 1897 bis 31. Juli 1898 über 18 Fälle. Augenblicklich umfafst deren Zahl 116. (Gesamtsumme der letzten fünf Jahre.) 21 davon waren blutsverwandt, 45 mal Eltern und Kinder, 61 waren beständiger Ansteckung durch engen Verkehr ausgesetzt. Der anästhetische Typus herrschte vor (58 mal, 57 mal gemischt, 39 mal tuberkulös, 18 mal trophisch). Die Nahrung ist nach Verfassers Ansicht in keinem Fall als Ursache zu beschuldigen. Auch Armut war in seinen Fällen nur ausnahmsweise zu finden. Die Krankheit befällt alle Rassen ohne Rücksicht auf Beschäftigung, Wohnungsverhältnisse; von den europäischen Rassen sind die Franzosen und Deutschen vorzüglich beteiligt.

Hopf-Dresden.

Fall von Lepra mutilans in Kopenhagen, von EHLERS-Kopenhagen. (*Ugeskr. for Læger.* 1898. No. 13.) Eine 50jährige Dame aus der Klientel TH. NIELSENS,

aus Westindien stammend, siedelte in ihrem sechsten Jahre nach Dänemark über. Ihre Krankheit (schon im April 1861 von Prof. Brünnicke diagnostiziert und in der *Hosp. Tid.* beschrieben) zeichnet sich besonders durch ihren protrahierten Verlauf von mehr als 44 Jahren aus; die Kranke wurde schon im Alter von 5—6 Jahren von Lepra maculosa und im achten Jahre von Lepra mutilans angegriffen, weshalb eine Amputation der Finger der rechten Hand vorgenommen wurde; später traten verschiedene andere nervöse Affektionen auf, von welchen sich jetzt nur noch Stigmata finden; doch leidet sie noch an schweren periodischen Neuralgien, als Beweis, daſs die Krankheit noch nicht erloschen ist. Es haben niemals Knoteneruptionen bestanden. Der Allgemeinzustand der Kranken ist übrigens recht gut und die vegetativen Funktionen sind in Ordnung; bis vor ungefähr 10 Jahren war sie noch arbeitsfähig. Es liegen keine Erörterungen der Infektionsquelle vor, doch ist es nicht ausgeschlossen, daſs ihre Amme (eine Negerin) leprös war; ihre Geschwister, von welchen keines (ebensowenig wie die Eltern) an Lepra gelitten hat, wurden alle von der Mutter gestillt. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von wahrscheinlich bretagnischer Lepra, von Hallopeau. (*Ann. de derm. et de syph.* 1897.) Der Verfasser stellt ein 25jähriges Mädchen aus der Bretagne vor, die an drei Jahre lang bestehenden, zeitweise sich zurückbildenden aber stets wiederkehrenden Pigmentflecken verschiedener Gröſse und Lokalisation leidet, verbunden mit vasomotorischen Störungen, die auf die Färbung der erkrankten Stellen Einfluſs haben. Besnier will die Diagnose mangels positiven Nachweises des Hansenschen Bacillus und Sensibilitätsstörungen im unklaren gelassen wissen.

Hopf-Dresden.

Über Sensibilitätsstörungen bei Lepra, von A. Blaschko. (Berl. Gesellsch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. Sitz. vom 13. Dez. 1897.) Die Lehre von der trophoneurotischen Natur der Lepride erlitt den ersten Stoſs durch die Arbeiten Schultzes und Gerlachs, welche den klinischen und anatomischen Nachweis lieferten, daſs die lepröse Neuritis eine aufsteigende sei. Gerlach zeigte, daſs die Haut stets zuerst erkranke, und von der erkrankten Hautpartie aufsteigend erst die periphersten und im weiteren Verlaufe erst die weiter central gelegenen Nervenäste befallen würden. Später gelang auch der Nachweis von Bacillen in den Flecken der Lepra anaesthetica. Der von Blaschko vorgestellte Fall zeigt den aufsteigenden Typus in unzweideutiger Weise. Die Patientin zeigt trotz 6jähriger Dauer der Krankheit nichts weiter als regellos über den Körper verstreute erythematöse Flecken. Erstens solche, welche linsengroſs beginnen und dann ganz allmählich bis zu der jetzigen Gröſse herangewachsen sind, zweitens solche, welche gleich als groſse erythematöse Ringe auftraten, entweder stabil bleiben oder auch noch peripher weiter wachsen. — Beide Arten von Flecken zeigen in ihrer ganzen Circumferenz Sensibilitätsstörungen, die an keinem Punkte die Grenzen der Flecke überschreiten und partieller Natur sind, indem Temperatur- und Schmerzempfindung aufgehoben sind, während die Tastempfindung wenig oder gar nicht gelitten hat. Früher betrachtete man diese Dissociation der Gefühlsqualitäten als ein charakteristisches Symptom spinaler Affektionen. Neuerdings haben sich aber die Beobachtungen von Gefühlsdissociationen bei peripheren Neuritiden gemehrt. Auch in diesem Falle liegt die Vorstellung nahe, daſs die Schmerz- und Temperaturnerven an und für sich empfindlicher sind als die Tastnerven, wofür auch der Umstand spricht, daſs die Tastempfindung auch nicht völlig intakt geblieben ist. *I. Bloch-Berlin.*

Zur Differentialdiagnose zwischen Lepra nervorum und Syringomyelie, von Leopold Glueck. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 25.) Die Abgrenzung der

Syringomyelie von der Lepra nervosa ist leicht, wenn Bulbärerscheinungen (Nystagmus, Pupillenstarre, Schlingbeschwerden etc.), Skoliose, Funktionsstörungen seitens Blase und Mastdarm vorhanden sind. In anderem Falle kann sie bekanntlich schwer, ja unmöglich werden. Für Lepra sprechen rosenkranzartige oder strangförmige Verdickungen der Nerven (N. ulnaris, N. peroneus), wo sie zweifellos vorhanden sind. Beachtenswert ist dabei auch die von Baelz hervorgehobene Affektion des N. auricularis magnus, der in 90% der Leprafälle verdickt fühlbar wird. Verfasser hat ihn auch bei 15 Leprösen regelmäfsig gefunden, aber nicht immer ist die Verdickung beiderseits vorhanden. Bei anderen Leiden hat er die gleiche Anomalie niemals konstatieren können, sodafs in der That diesem Symptom eine besondere Bedeutung für die Diagnose zuzukommen scheint. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Lepröses Geschwür der Unterlippe, von H. Lewis Wagner-San Francisco. (*New York med. Journ.* 15. Okt. 1898.) Auf der Berliner Lepra-Konferenz wurde allgemein konstatiert, dafs die oberen Atemwege den primären Sitz der Leprainfektion bilden, Sticker wies besonders auf die Häufigkeit der Nasenerkrankung, besonders der knorpeligen Septumteile, hin und Glück fand neben den übrigen Schleimhäuten auch die der Lippen zuweilen ergriffen. Der Fall, welchen W. hier beschreibt, betrifft einen Mann im mittleren Alter, Raucher, welcher einige Jahre in China lebte; an der Innenseite der Unterlippe hatte er ein dunkelbraunes Geschwür mit einigen kleinen Knötchen, welches schmerzlos war, bereits einige Monate bestand und wohl für Syphilis gehalten werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung von abgeschabten Gewebsteilchen ergab eine grofse Zahl von Leprabacillen, ein eingehenderes Studium des Falles war nicht möglich, da Patient sich nicht mehr sehen liefs. W. hält dies jedoch für eine zweifellose tuberöse Form der Lepra, welche auch den Weg zeige, auf dem anderen die Krankheit übertragen werden könne. Die beigegebene farbige Zeichnung läfst die Art der Erkrankung deutlich erkennen und macht die Verwechslung mit Syphilis zu einer sehr entschuldbaren. *Stern-München.*

Ein Fall von Lepra behandelt mit Quecksilberinjektionen, von Alex. Haslund. (*Hosp. Tid.* 1898. No. 14.) Verfasser behandelte in den Wintermonaten 1891—92 einen Fall von wesentlich knotiger Lepra bei einem 51jährigen isländischen Hüfner mittelst intramuskulärer Injektionen von Hydrargyrum formamidatum (à 1 g = 1 cg Hydrarg. formamid.); gleichzeitig wurde Salicylmixtur und Ichthyolsalicylvaseline angewendet. Der Patient bekam im ganzen 52 Quecksilberinjektionen, unter welchen die Krankheit sich bedeutend besserte: alle Ulcerationen wurden geheilt, die Knoten nahmen an Anzahl ab und die Schleimhäute der Nase und des Kehlkopfes wurden vollständig glatt. Zufolge einer Untersuchung des Patienten 2½ Jahre später auf Island von Dr. Ehlers war die Krankheit wieder exacerbiert. Verfasser schreibt den Quecksilberinjektionen (eine Behandlung, zu welcher er gelangte allein auf dem Wege des Raisonnement namentlich auch dadurch, dafs er Analogien mit der Syphilis zog) die günstige Wirkung zu, um so mehr als Patient kurz vorher ohne Resultat im Lungegaardshospital in Bergen behandelt worden war. Verfasser vermutet, dafs man vielleicht sogar eine vollständige Heilung durch eine mehrjährige intermittierende Quecksilberbehandlung namentlich in der Form intramuskulärer Injektionen erreichen könnte. — In den Jahren 1896 und 1897 — also mehrere Jahre nach des Verfassers Versuchen — hat Radcliffe Crocker ebenfalls Quecksilberinjektionen (Sublimat) gegen Lepra mit glücklichem Resultat versucht, ebenso wie auch Lustgarten (1897).

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

---

b. *Tuberkulose.*

Zur allgemeinen Pathologie der Hauttuberkulose, von Pistoj. (*Giorn. d. scienze med.* 1898. No. 19.) Mit den meisten Autoren unterscheidet Verfasser sechs Formen der Hauttuberkulose: den Lupus vulgaris, das skrophulo-tuberkulöse Gumma, die Tuberculosis ulcerosa, die Tuberculosis verrucosa, das Tuberculum anatomicum, die follikuläre und papulöse Tuberkulose. Sie bilden eine selbständige Gruppe, indem allen folgende gemeinsame Merkmale zukommen: der Ursprung durch Inokulation tuberkulöser Produkte, der Umstand, daſs sie öfters von Visceraltuberkulose gefolgt werden, das Vorhandensein des Kochschen Bacillus in den Herden, die Übertragbarkeit auf Tiere, welche an Visceraltuberkulose sterben, die Reaktion auf das Kochsche Tuberkulin. Im Gegensatz zu verschiedenen, besonders französischen Autoren, ist hingegen P. überzeugt, daſs der Lupus erythematosus nicht tuberkulöser Natur ist, da man bei demselben niemals den Kochschen Bacillus nachgewiesen hat, Inokulationsversuche auf Meerschweinchen stets nur negative Resultate geliefert haben, das Kochsche Tuberkulin keine Reaktion erzeugt und er niemals Lungentuberkulose im Gefolge von Lupus erythematosus hat entstehen sehen. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Hauttuberkulose, von Short. (*Brit. med. Journ.* 21. Mai 1898.) Der Fall betraf einen 26jährigen Mann, der sieben Jahre zuvor die erste tuberkulöse Stelle an der rechten Hüfte bekam. Seit dieser Zeit traten zahlreiche Lupusplaques an den verschiedensten Körperstellen auf. Gleichzeitig besteht Spitzenkatarrh an der rechten Lunge und chronische Laryngitis. *C. Berliner-Aachen.*

Eine papulo-erythematöse Form von Tuberkuliden, von Hallopeau und Laffitte. (*Ann. de derm. et de syph.* 1897.) Seitdem Darier und Hallopeau die Aufmerksamkeit auf die nicht bacillären Manifestationen der Tuberkulose gelenkt haben, hat man verschiedene schon bekannte oder auch neue Krankheitsbilder in Zusammenhang mit ihnen gebracht. Der vorgestellte Fall, eine 33jährige Angestellte, vereinigt mehrere dieser tuberkulösen (!) Hautaffektionen. An Vorderarmen und Beinen findet man Erscheinungen von „Folliclis“, welche nach den Untersuchungen Lereddes, Bureaus und Hallopeaus tuberkulösen Charakter tragen. Achseldrüsen, die nebenbei bestehen, sind höchstwahrscheinlich derselben Natur. Auch ist eine vorhergegangene Pleuritis in diesem Sinne belastend, ferner eine Abschwächung des Atemgeräusches und chronischer Husten. Abgesehen davon bietet die Kranke eine noch nicht beschriebene Form von Tuberkuliden: ca. markstückgroſse erythematöse Affektionen, glatt, im Centrum eingedrückt, und in ihrer Peripherie besetzt mit festen, roten, glänzenden Knötchen, die unter Fingerdruck abblassen. Einzelne der Plaques sind untereinander zu gröſseren zusammengelaufen. *Hopf-Dresden.*

Über einen **Fall von Lupus vulgaris disseminatus** in zahlreichen stecknadelkopf- bis bohnengroſsen Knötchen, speziell im Gesichte, bei einem jungen Mädchen nach Scharlach berichtet Heuss-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 1.) *C. Müller-Genf.*

Dubois-Havenith berichtet über einen **Fall von Lupus,** der sich nach wiederholten chirurgischen Eingriffen (Auskratzen, Thermokauterisation, Exstirpation) in ein Epitheliom umwandelte. (*Presse méd. belge.* 1898. No. 43.) *C. Müller-Genf.*

Postlupöse Narbenkontrakturen und ihre Behandlung, von Hallopeau-Weil und Le Dentu. (*Ann. de derm. et de syph.* März 1897.) An der Hand eines von Le Dentu beobachteten Falles von abnorm starker Narbenkontraktur durch Lupus

berichten die Verfasser über einen analogen Fall bei einer 48jährigen Frau, die seit 39 Jahren an einem Lupus des Gesichts leidet, dem noch der alte Hillairet an St. Louis die erste Behandlung hat angedeihen lassen. Die um Nase und Mund lokalisierte Dermatose ist natürlich vielfach und mannigfach, gröfstenteils galvanokaustisch behandelt worden. Die Folge davon ist eine enorme Verkleinerung der Gesichtsöffnungen wie Mund und Nase. Erstere ist jetzt 1,2 cm breit, die Nasenöffnung läfst nur einen Messergriff durch. Der Verschlufs ist also dermafsen eng, dafs in den Mund nur die Spitze des kleinen Fingers sich einführen läfst. Die Ernährung hat keine Störung erlitten, ebensowenig die Aussprache, wenn man von den Labialen absieht. Le Dentu giebt eine entsprechende Operation an, die in verschiedenen Sitzungen vorzunehmen, in seinem Falle einen guten Effekt gehabt hat. Bei der Patientin, um die es sich hier handelt, scheint der Verschlufs der Nase eine Immunität gegen Schnupfen erzeugt zu haben. *Hopf-Dresden.*

Die operative Behandlung des Lupus, von A. Buschke. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 47.) Schon die Publikationen von Lang haben gezeigt, dafs auch in einer Hautklinik der Lupus sich mit Erfolg radikal behandeln läfst. Verfasser hat gleichfalls seine Fälle zum Teil in der dermatologischen Klinik in Breslau, zum Teil sogar in der räumlich aufserordentlich beschränkten Berliner Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten operiert. — Die in Breslau gemachten Beobachtungen datieren ca. auf 3½ Jahre zurück, der jüngste Fall wurde vor 1¾ Jahren operiert. Von den in Berlin operierten Fällen wurde der älteste vor ca. 1 Jahr, der jüngste vor ½ Jahr operiert. — Über die Palliativmethoden fällt Verfasser nach fünfjährigen Erfahrungen ein ungünstiges Urteil und hält nur eine einzige der Beachtung wert, die alte Methode der Exkochleation und Ustion mit nachfolgender Behandlung mit Pyrogallussalbe. Jede einzelne suspekte Stelle wird erst exkochleiert, dann sofort mit dem Paquelin verschorft. Ist in dieser Weise das ganze Terrain bearbeitet, so wird mit dem Spitzbrenner um jeden Herd ein Kranz bis ins subcutane Gewebe reichender Stiche gesetzt, wobei die Brennpunkte nicht zu nahe aneinander liegen dürfen, weil sonst zu ausgedehnte Narben entstehen. Dieser Narbenring wirkt der Propagation des Prozesses nach der Peripherie etwas entgegen. Um auch nach der Tiefe zu wirken, setzt Verfasser dann in den verschorften Herd selbst eine Anzahl solcher bis ins subcutane Gewebe reichender Stiche und schliefslich um die Peripherie des Gesamterkrankungsgebietes. Dann folgt feuchter Verband mit essigsaurer Thonerde nach vorheriger Bepuderung mit Jodoform. Nach Abstofsung der Schorfe genügt eine Weiterbehandlung mit 4prozentiger Perubalsamsalbe, um schnelle Vernarbung herbeizuführen. Man kann auf diese Weise in vielen Fällen den Lupus innerhalb seiner Ausdehnungsgrenzen halten, aber nur ausnahmsweise und bei kleinen Herden wirkliche Heilung erzielen. Die neuerdings von Holländer empfohlene Behandlung des Lupus mit heifser Luft ist in ihrer Wirkung wohl der Exkochleation und Ustion ungefähr gleichzusetzen, leiste vielleicht in Bezug auf die Vernichtung des krankhaften Gewebes mehr und ist jedenfalls bequemer anwendbar. Von internen Specificis kommt das alte und neue Tuberkulin in Betracht. Das alte, therapeutisch unbrauchbare Tuberkulin bewirkt leicht durch die Reaktion eine Fortsetzung und Verschleppung der Krankheit. Auch das Neutuberkulin hat keine sicheren befriedigenden Resultate ergeben. — Als externe Mtittel kommen noch in Betracht das von Unna empfohlene Salicylkreosotpflaster, feuchte Verbände mit Sublimat und 1procentige Kresolaminlösung. Das letztere hat dem Verfasser zuweilen gute Dienste geleistet bei ganz ausausgedehnten, völlig unzugänglichen Fällen, in Form von Umschlägen oder Fufs- und Armbädern. Bisweilen sieht man dann Zurückgehen und Heilung einzelner Herde,

jedenfalls günstige Beeinflussung ulcerativer Prozesse. Auch ist diese Behandlung angezeigt nach der Exkochleation von Herden an den Extremitäten. — Die Elektrolyse hält Verfasser nur bei dem Vorhandensein von ein oder zwei distinkten Knötchen im Gesicht für anwendbar, dagegen verwirft er gänzlich die Anwendung der Cosmeschen Arsenpaste. — Im ganzen hat Verfasser 22 Fälle mit Radikalexstirpation behandelt, 18 in der Breslauer dermatologischen Klinik und 4 in der Berliner dermatologiechen Universitätspoliklinik. Bei diesen Fällen ist nur ein einziges Recidiv an der Exstirpationsstelle vorgekommen. — Zur Anästhesierung hat sich Verfasser öfter der Infiltrationsanästhesie bedient, welche er für die Lupusexstirpation immer mehr heranzuziehen empfiehlt zur Vermeidung der immerhin viele Patienten abschreckenden Narkose. — Vor der Excision wird das Terrain desinfiziert, aber im Hinblick auf die spätere Plastik das Antisepticum am Schlufs mit sterilem Wasser oder Kochsalzlösung entfernt. Es mufs ferner während der Operation die Infektion der Wunde mit tuberkulösem Gift vermieden werden, so dafs sich öfter zweizeitige Operation empfiehlt. — Der wichtigste Punkt bei der Operation ist das Operieren in gesunden Grenzen, besonders nach der Peripherie. Verfasser bedient sich hierbei mit Erfolg des Glasdrucks und auch des alten Kochschen Tuberkulins zu diagnostischen Zwecken. Im allgemeinen ist es erforderlich, 1—2 cm weit entfernt vom äufsersten noch erkennbaren Herde zu exstirpieren. — Die Indikation für die Excision mufs von Fall zu Fall entschieden werden. Nur bei einer geringeren Beteiligung der Schleimhäute kann die Radikaloperation ausgeführt werden. — Für die Plastik bevorzugt Verfasser die Krauseschen Lappen sowohl im Gesicht als auch an den Extremitäten, da nur eine geringe Schrumpfung eintritt und das plastische Resultat besser ist als bei den Thierschschen Transplantationen. An den Augenlidern sind gestielte Lappen zu verwerten, welche sich auch zur Bildung von Nasenflügeln, Lippen, zur Deckung von Defekten an den Extremitäten, besonders an Stellen mit schlechter Cirkulation am besten eignen. *I. Bloch-Berlin.*

Behandlung des Gesichtslupus vermittels der radikalen Exstirpation und Transplantation nach Thiersch, von Schultze. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 45.) Radikale Exstirpation mit Einnähung entsprechender transplantierter Stücke giebt die besten Resultate für die Behandlung des Gesichtslupus. Schwierigkeiten bietet der Nasenlupus. Der Lupus der äufseren Nase ist leicht beseitigt. Lupus der inneren Nase erfordert Spaltung der Nase in der Mitte, Exstirpation und Transplantation. Ein Nasenflügel wird bis zur Heilung in Extension erhalten; dann erst wird die Nase durch die Naht geschlossen. Bei äufserem und innerem Nasenlupus wird, sobald der Knorpel intakt ist, zunächst die äufsere Haut geheilt, dann die Schleimhaut. Ist aber das Nasengerüst mit erkrankt, dann ist eine radikale Entfernung alles kranken unter Schonung jedes gesunden Stückchens mit nachfolgender Plastik notwendig. — Den Stenosen der Nasenlöcher wirkt die oben erwähnte Extensionsmethode mit Erfolg entgegen. — Beim Lupus der Oberlippe geht Verfasser immer so vor, dafs zunächst immer der Hautlupus, dann der Schleimhautlupus in Angriff genommen wird. — Unter 57 operierten Fällen sind nur in 8 Fällen Randrecidive, in 2 Centralrecidive eingetreten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Radikalheilung des Lupus, von P. G. Unna. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 100.) Die Grenzen der operativen Beseitigung des Lupus mit folgender Plastik sind gegeben durch die Komplikation mit tiefgehendem Schleimhautlupus, durch die Multiplizität der Lupusflecke und durch die kosmetischen Rücksichten, denen die chirurgischen Resultate keineswegs genügen. Die dermatologisch-chemische Behandlung verdankt ihre Erfolge jetzt den theoretischen Betrachtungen. Diese

erstrecken sich zunächst auf die elektive Wirkung gewisser Ätzmittel; beim Lupus sind solche die arsenige Säure, das Pyrogallol und vor allem die Salicylsäure, letztere zur Verminderung des Schmerzes mit der doppelten Menge Kreosot e fago vermengt. Die Salicyl-Kreosotsalbe und der entsprechende Pflastermull haben sich vielfach bewährt. Die Salbe wird alle 24 bis 48 Stunden gewechselt und mit impermeablem Pflaster gedeckt. — Ferner ist von Wichtigkeit die aus dem Kochschen Tuberkulin gewonnene Erkenntnis, dafs man zwischen Tuberkelbacillen tötenden und tuberkulöses Gewebe vernichtenden Mitteln unterscheiden mufs. Nur die ersteren können eine Radikalbehandlung bewirken; Salicylsäure gehört aber nicht zu ihnen, dagegen die Chlormittel: Sublimat, Chlorzink, Chlorantimon, Parachlorphenol. Verfasser wendet jetzt das Chlorantimon am liebsten an, welches er mit Salicyl-Kreosot kombiniert. Als Ätzsalbe empfiehlt Unna für Lupus: Acid. salicyl., Liq. stib. chlorat. ꟸ 2,0, Kreosoti, Extr. Cannab. ind. ꟸ 4,0, Adipis lanae 8,0. Die Salbe wird je nach der Sekretion alle 24 bis 48 Stunden aufgelegt und mit Zinkoxydparaplast befestigt. — In frischen Fällen, bei oberflächlichem Lupus, Drüsennarbenlupus, verrukösem Lupus kann diese „grüne Lupussalbe“ bis zur Heilung fortgesetzt werden. — Eine andere Gruppe bacillentötender Mittel ist durch die Alkalien gegeben. Das Kalium causticum eignet sich beim sklerotischen Lupus mit derber Bindegewebswucherung, ferner an Schleimhautübergängen, wo impermeable Pflaster nicht anwendbar sind, da die Kaliumwirkung durch die Feuchtigkeit begünstigt wird. Auf der äufseren Haut ist Vorbedingung Auflegen eines feuchten Wattebäuschchens zwischen Haut und undurchlässigem Pflaster. Die Kalipaste besteht aus: Kalii caust., Calcar. ust., Sapon. viridis, Aq. dest. ꟸ. Die Dosierung der Wirkung geschieht durch die Regulierung der applizierten Menge und der Applikationshäufigkeit. Gewöhnlich genügen zwei bis drei starke Ätzungen in der Woche; Nachbehandlung mit Dunstverband. Zur Beseitigung des lupösen Zellinfiltrates genügt ein permanenter Umschlag mit Kalium causticum (1 : 5000 bis 1 : 10000). — Diese Methoden sind Flächenätzungen. Die zurückbleibenden tiefen Herde, die Ausgangspunkte der Recidive, welche sich diaskopisch als dunkelbraune Punkte kennzeichnen, behandelt man mit der „Spickmethode“ d. h. dem Einstechen von fein zugespitzten Hölzchen, die in ätzende Lösungen getaucht sind. Verfasser benutzt an beiden Enden fein zugespitzte Stäbchen aus Weifsbuchenholz, die eine Viertel- bis mehrere Stunden vorher in Liquor stib. chlorati getaucht sind, drehend eingespickt, abgeschnitten und mit Quecksilberkarbolpflastermull bedeckt werden. Nach 48 Stunden werden sie aus der Haut entfernt. — Die Feststellung der Lupuscentren erheischt Übung in der Verwendung des Diaskops. Ihre Beseitigung durch die Spickmethode erklärt sich leicht dadurch, dafs der Tuberkelbacillus sich wie der Staphylococcus pyogenes mit einem entzündlichen Wall umgeben und so in den Centren begrenzen, während der Leprabacillus ebenso wie der Streptococcus pyogenes sich diffuser ausbreiten, keine der energischen Behandlung zugänglichen Punkte bilden. — Die umschriebenen Lupusformen, sowie die oberflächlichen, verrukösen der Extremitäten sind leicht heilbar. Die Fälle von diffusem Gesichtslupus erfordern zuerst Flächenätzung mit grüner Salbe oder Kalipaste, sodann die punktuelle Tiefätzung. Dazwischen sind Kalidunstverbände von Vorteil. Nachrevisionen sind notwendig. Das ganze läfst sich etwa folgendermafsen zusammendrängen: 8—14 Tage Flächenätzung; vier Wochen Kalidunstverbände; Spickung 2—8 Tage; 3—4 Wochen Kalibehandlung; wiederholte Spickung. — So läfst sich langsam, aber sicher eine Radikalheilung erzielen. Die genannten Heilmittel liefsen sich vielleicht durch andere ersetzen, wenn nur das Prinzip festgehalten wird. — Von den anderen Methoden könnten die Injektionen vielleicht etwas erreichen, wenn man ölige Lösungen nimmt, die leichter zu den fetthaltigen Bacillen gelangen; $\frac{1}{2}$%

Sublimatöl schien dem Verfasser einige Mal von Nutzen zu sein. — Der scharfe Löffel hat keinen Wert, da doch chemische Ätzungen folgen müssen; an Stellen, wo es auf das kosmetische Resultat ankommt, ist er direkt zu verwerfen. Auch die Paquelinisierung verwirft Verfasser; selbst den Mikrobrenner braucht er nicht ohne nachfolgende Salbenätzung. — Der Heifsluftätzung steht er skeptisch gegenüber. Alle diese Methoden entfernen teils zu viel, teils zu wenig. — Günstiger lautet das Urteil über das Tuberkulin; besonders für disseminierte Lupusfälle (Lupus multiplex), wie sie nach Masern und Scharlach auftreten, ist es zu empfehlen. Stets aber mufs ihm eine Spickung nachfolgen. — Die Discision ist überflüssig; ihre Wirkung erklärt Verfasser durch das Freiwerden von Tuberkulin. — Sehr reduzierend wirken auf das Lupusgewebe die Licht- und Röntgenstrahlen, wenn auch nur langsam. — Verfasser giebt dann sieben Krankengeschichten wieder. Recidive hält er hier für ausgeschlossen, da diaskopisch auch nicht der geringste Verdacht auf vorhandene Lupuscentren rege wird. Vier weitere Fälle sind noch nicht abgeschlossen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über eine Methode der ambulanten Lupusbehandlung, von S. Ehrmann. (*Wien. med. Blätter.* 1899. No. 2.) Um Lupusfälle, die sich einer radikalen Behandlung nicht unterziehen wollen oder können, stationär zu erhalten, benutzt Verfasser folgendes Verfahren. Er läfst Resorcini 3,0, Lanolini 4,0, Ung. simpl. (s. Vaseline) 2,0 auf Leinwand gestrichen morgens und abends auflegen. Die oberflächlich nekrotisierte Schicht wird jedesmal durch Abreiben entfernt. Nach 8—10 Tagen wird 3—4 Tage Borsalbe angewendet; dann kann wieder zur Resorcinpaste gegriffen werden. So fährt man mehrere Wochen, selbst Monate fort. Nur sehr selten wird der Patient durch die Kur in seinem Beruf gestört werden. Das Resorcin wirkt elektiv, das normale Gewebe bleibt intakt. — Sehr guten Erfolg erzielte Verfasser mit diesem Verfahren auch bei einem Lupus verrucosus dorsi manus et antibrachii. — 98 Fälle hat Verfasser so mit befriedigendem Erfolge behandelt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Maraglianos antituberkulöses Serum, von Chr. Ulrich-Kopenhagen. (*Therap. Monatsh.* Okt. 1898.) Die kurze Mitteilung, welche U. bringt, umfafst 7 Fälle, wovon 6 Lungentuberkulose verschiedenen Grades, zum Teil mit Erkrankung des Larynx kompliziert, und 1 Spondylitis betraf. Die Injektionen wurden durchgehends gut vertragen, bei 4 der Patienten zeigte sich auffallendes Wohlbefinden nach denselben; ferner war beachtenswert, dafs nie Haemoptoe auftrat; eine wirklich günstige Wirkung wurde auf das Fieber erzielt, indem in allen Fällen, wo dieses vorhanden gewesen, nach den Einspritzungen die Temperatur eine normale wurde. Es wäre daher nicht auszuschliefsen, dafs dem Serum eine spezifisch antitoxische Wirkung zukäme. Damit scheint aber auch der ganze Erfolg erschöpft zu sein, denn das Serum hat den lokalen Prozefs durch Tötung der Tuberkelbacillen nicht abgebrochen, mit anderen Worten, als spezifisches Heilmittel gegen die Tuberkulose ist es nicht zu bezeichnen. Der Fall von Spondylitis heilte zwar mit gleichzeitigem chirurgischen Eingriff, doch ist nicht zu entscheiden, ob die vorläufige Heilung diesem oder dem Serum zuzuschreiben ist. Immerhin rät U. im Hinblick auf die vermeintlichen toxischen Eigenschaften und bei Ausschlufs jeden Risikos, das Serum Maraglianos gegen leichte Formen von Lungentuberkulose mit beginnendem Fieber und gestörtem Wohlbefinden anzuwenden; eine gute Wirkung wäre ja zuweilen, wenn auch nur vorübergehend, zu erwarten. *Stern-München.*

Impfungen mit dem Tuberkulin T. R. bei Lupus, von Leslie Roberts. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Verfasser hat mit dieser Methode vier Fälle behandelt. Es

unterliegt keinem Zweifel, dafs das Neu-Tuberkulin einen günstigen Einflufs auf die Krankheit ausübt. Besonders deutlich war derselbe, wenn die Lymph- und Blutgefäfse stark an dem tuberkulösen Prozefs beteiligt waren. Bei der trockenen, nicht irritativen Form der Krankheit, wenn die Lupusknötchen mehr oder weniger isoliert waren, war die Besserung weit weniger deutlich. Die lokalen Veränderungen bestanden in Schrumpfung der Gewebe, in der Nachbarschaft der Tuberkel und in Stillstand und Heilung der Ulceration. Die Reduktion der ödematösen Schwellung der Lippen und des Zahnfleisches war sehr bemerkenswert. Ein endgültiges Urteil über den Wert des Neu-Tuberkulin läfst sich noch nicht abgeben. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Behandlung des Lupus mit Tuberkulin, von G. A. Heron-London. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1898.) Verfasser bemerkt, seine Erfahrungen mit dem Mittel zusammenfassend, dafs er niemals weder vom alten noch vom neuen Tuberkulin, irgendwelche Nachteile beobachtet habe. Günstige Beeinflussung sah er von dem Mittel bei Lupus, und manchen Phthisikern half das Tuberkulin auf den Weg der Besserung, wofern die Patienten sich noch in einem sehr frühen Stadium der Krankheit befanden. In vorgeschrittenen Fällen ist es mit Rücksicht auf die grofse Empfindlichkeit der Kranken und auf die geringen Aussichten auf Erfolg ganz zu vermeiden.

C. Berliner-Aachen.

Kurze Notizen über die Behandlung des Lupus vulgaris mit Tuberkulin T. R., von G. St. Taylor. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1898.) Der Verfasser berichtet über 4 Fälle. Alle Patienten litten nach den Einspritzungen an allgemeinem Unwohlsein, Erbrechen, Rückenschmerzen und Schwäche und Zittern der Beine. Die lokalen Reaktionen waren weniger stark ausgesprochen als unter dem Einflusse des alten Tuberkulin. Im ganzen hält Verfasser das neue Tuberkulin in therapeutischer Beziehung für weniger wertvoll als das alte. *C. Berliner-Aachen.*

Kalomelinjektionen bei Lupus vulgaris, von Bernstein. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 46.) Der Verfasser behandelte einen Fall von schwerem, immer wieder recidivierendem Lupus vulgaris mit Kalomelinjektionen in der Weise, dafs in Zwischenräumen von je 8 Tagen 6 Injektionen à 1 ccm einer Emulsion von Kalomel 1,0 auf Ol. oliv. 10,0 gemacht wurden. Wenn auch durch die 3½ Monate lang fortgesetzte Behandlung vollständige Heilung nicht erzielt wurde, so erfolgte doch eine weitgehende Besserung. Die vorhandenen Geschwüre wurden vollständig und am schnellsten zur Heilung gebracht; die Knötchen zerfielen zum Teil geschwürig und kamen dann rasch zur Heilung, zum Teil wurden sie ohne geschwürigen Zerfall nach einem längeren Zeitraum zur Resorption gebracht. Der Heilungsprozefs ist mit Hyperämisierung der erkrankten Partien und ihrer Umgebung verbunden. Nach Abschlufs der Behandlung waren noch Hyperämisierung und einzelne eingesprengte Knötchen vorhanden, ein ursprünglich handtellergrofser Herd war auf ⅓ seiner Gröfse zurückgegangen. Ob diese Reste durch längere Behandlung mit Injektionen noch zu beseitigen sind, ob Umwandlung der Geschwüre in Knötchen vor Beginn der Behandlung raschere Heilung ermöglicht, ob die erzielten Resultate dauernde sind, darüber läfst sich nichts Bestimmtes sagen. Jedenfalls werden gewisse Fälle von Lupus vulgaris durch Kalomelinjektionen günstig beeinflufst; diese Injektionen haben daher keinen differentialdiagnostischen Wert bei der Entscheidung zwischen Lupus und Lues.

Götz-München.

---

c. *Syphilis.*

Ein Fall von initialer und postinitialer Sklerose an den Augenlidern, von Leon Gruber. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 4.) Die Häufigkeit der Initialsklerosen am Lide schwankt sehr je nach den sozialen Verhältnissen des Volkes, unter welchem das Material gesammelt ist. Da, wo das Auslecken des Auges zu Heilzwecken Gebrauch ist, z. B. in Rufsland, sind Lidschanker relativ häufig. Meistens sind es solitäre harte Ulcera am untern Lide, am freien Lidrande und an beiden Augenwinkeln; seltener sind es doppelte. Verfasser fügt den acht publizierten einen neunten hinzu, bei dem die Ulcera am obern und untern Lide desselben Auges safsen. Die Patientin war durch ein syphilitisches Kind infiziert worden. Zuerst war der Schanker am obern Lide aufgetreten (initiale Sklerose), das untere erkrankte durch Autoinokulation etwa nach einer dreiwöchentlichen Inkubation (postinitiale Sklerose). Die Präauriculardrüse war geschwollen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Initialsklerose des Thränensackes, von S. Snell. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1898.) Der Patient bemerkte am 3. April eine Schwellung am Thränensack. Am 13. Mai zeigte sich ein makulöser, syphilitischer Ausschlag. Induration sowohl wie das Exanthem verschwanden unter der Quecksilberbehandlung. Anhaltspunkte für den Infektionsmodus sind nicht angegeben. *C. Berliner-Aachen.*

Als **Beitrag zur Kasuistik der extragenitalen Syphilome** beschreibt Fumagalli **einen Fall von primärem Syphilom der Plica semilunaris** des linken Auges. (*Rif. med.* 1898. No. 193.) *C. Müller-Genf.*

Im Verein St. Petersburger Ärzte (Sitzung vom 15. September 1898; nach *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1898. No. 43) berichtete van Niessen über seine **Untersuchungsergebnisse der Syphilisätiologie an Petersburger Instituten.** Der Verfasser fand in den als besonders infektiös angesehenen breiten Kondylomen einen ihm bis dahin unbekannten Bacillus, der in gewissen Wuchsformen dem Lustgartenschen Bacillus sehr ähnlich sieht und unter gewissen Verhältnissen die von Lustgarten angegebene differentielle Färbung annimmt. Frisches Serum florider gummöser Syphilis übt auf Bouillonreinkultur dieses Bacillus eine auffallende agglutinierende Wirkung aus. Überimpfung der Reinkultur auf Tiere ergab: Primäraffekte, nach mehrwöchentlicher Inkubation multiforme Exantheme am Integument sowie Schleimhautaffektionen mit gleichzeitiger polyganglionärer, indolenter Drüsenschwellung. Nach weiterem Intervall, in einem Falle allerdings gleichzeitig, in einem Falle sogar vor den Hauterscheinungen Erkrankungen des Centralnervensystems, wie sie für die Syphilis des Menschen charakteristisch sind (Hemiplegie, Amaurose, Paraplegie). Die in drei Fällen vorgenommene anatomische Untersuchung ergab in einem Falle Fettleber, beginnende Nephritis, Arteriitis und Ischämie; im zweiten Falle Fettleber, Arteriitis, Nephritis, Endocarditis und diffuse Leptomeningitis; im dritten Falle universale Lymphadenitis, Gummata der Haut, Pachymeningitis und multiple Hämorrhagien des Rückenmarks. — Diese Ergebnisse „können“, wie der Vortragende meint, berechtigen, das Kontagium als den Syphilisbacillus anzusehen. *Götz-München.*

Syphilis vom klinischen Standpunkte aus, von W. A. Jamieson. (*Edinb. med. Journ.* März u. April 1897.) Unter 5500 Fällen von Hauterkrankungen, welche der bekannte schottische Dermatologe in fortlaufender Reihe beobachtet hat, befinden sich 144 Aufzeichnungen über syphilitische Hautaffektionen, eine verhältnismäfsig zwar kleine Zahl, doch sind die Beobachtungen von besonderem Interesse, da es sich

meistens um differentialdiagnostische und auch sonst bemerkenswerte Fälle handelte. Eine Auswahl von 25 Krankengeschichten ist etwas eingehender mitgeteilt, jedoch würde eine irgendwie entsprechende Wiedergabe den Rahmen des Referates überschreiten. *Philippi-Itzehoe.*

Einen seltenen Fall von syphilitischer Reinfektion beschreibt Casalmi. (*Rif. med.* 1898. No. 196.) Eine Patientin sollte nach einer durchgemachten antiluetischen Kur aus der Behandlung entlassen werden, als drei Monate nach ihrem Eintritt ins Spital auf der inneren Fläche der Oberlippe eine Anschwellung sich zeigte, die sich als primäres Syphilom entpuppte: indolente Lymphdrüsenschwellung, Roseola etc. Antiluetische Behandlung, Heilung nach zwei weiteren Monaten.

C. Müller-Genf.

Zur Statistik der erworbenen Syphilis bei Kindern und jugendlichen Personen, von Leopold Glück. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 49.) Nach den Ausführungen von Roussel und Fournier fallen für die erworbene Kindersyphilis drei Momente ins Gewicht: die Infektion durch luetische Ammen, die Vaccination von Arm zu Arm und Attentate Infizierter auf Kinder. Alle diese ätiologischen Gesichtspunkte kommen in Bosnien nicht zur Geltung, trotzdem ist aber die acquirierte Kindersyphilis ein häufiges Vorkommnis. Die Unterschiede zwischen ererbter und erworbener Syphilis der Kinder kennzeichnet Verfasser folgendermaſsen: Hereditär luetische Kinder im ersten Halbjahre gedeihen trotz guter Ernährung und Behandlung schlecht, während die erworbene Syphilis auch in den ersten Lebenswochen keinen deletären Einfluſs auf die Kinder ausübt. Ein Gemisch sekundärer und tertiärer Symptome, hochgradige Magerkeit, schmutzig-erdige Hautfarbe, Osteochondritis der langen Röhrenknochen, Koryza, Leber- und Milztumor sprechen für hereditäre Syphilis. — Sklerose, ausschlieſsliches Vorhandensein recenter Sekundärerscheinungen, zumal bei älteren Säuglingen, nässende Papeln, Drüsenschwellungen fallen für erworbene Syphilis ins Gewicht. Die Sklerosen sitzen in solchen Fällen fast nie an den Genitalien. Eine weitere Handhabe gewinnt man durch den Umstand, daſs die hereditäre Lues innerhalb der ersten sechs Lebensmonate aufzutreten pflegt. — Verfasser hat aus vier Jahren die Fälle von Syphilis insontium vom 6. Lebensmonat bis zum 15. Lebensjahre zusammengestellt. Von 902 Patienten des Spitals mit acquirierter Syphilis zeigten 637 frische luetische Erscheinungen; darunter standen 31 (= 4,87 %) im genannten jugendlichen Alter. Unter 922 Patienten des Ambulatoriums mit recenter erworbener Lues waren 58 (= 10 %) jünger als 15 Jahre. Es ist also in Bosnien die Häufigkeit der erworbenen Syphilis bei Kindern eine sehr groſse. — Verfasser sucht nun das Vorkommen der tardiven acquirierten Syphilis festzustellen, indem er dabei als Altersgrenze das 20. Lebensjahr annimmt. Auch hier ergeben seine Zahlen 18,61 bis 19,24 %, also eine auffallende Häufigkeit. Wie er die Syphilis hereditaria tarda von der Syphilis acquisita tarda abgrenzt, setzt er des weiteren auseinander; dabei erkennt er die Diagnose auf „Syphilis hereditaria tarda“ nicht an, wenn Zeichen allgemeiner Entwickelungsstörung, einer herabgesetzten Nutrition, Reste hereditärluetischer Erscheinungen im ersten Lebensjahre fehlen. — Entsprechend der Häufigkeit der im Kindesalter erworbenen Syphilis ist die hereditäre Lues relativ selten, nach Verfasser eine allgemein gültige Regel. Die Ursache hierfür sucht Verfasser in den zahlreichen Jugendinfektionen; diese bewirkten, daſs ein groſser Teil der Einwohner schon vor der Eheschlieſsung im tertiären, nicht infektiösen Stadium sich befindet. (So interessant derartige statistische Studien sein mögen, muſs doch darauf hingewiesen werden, daſs ihre Zahlenergebnisse einen sehr zweifelhaften Wert haben. Ob ein Spital oder ein Ambulatorium viel oder wenig Kindersyphilis zu sehen bekommt,

hängt von vielen Momenten ab, die berücksichtigt werden müssen, wenn man die Zahlen aus verschiedenen Gegenden vergleichen will. Der letzte Schluſs des Verfassers erscheint mir selbst als Hypothese wenig begründet. Genauere Angaben über die Häufigkeit des Vorkommens der Syphilis im Verhältnis zur Gröſse der Bevölkerung wären zum wenigsten nötig. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Beziehung von Syphilis zum Schleimhautkrebs, von Willis P. King-Kansas City, Mo. (*New York med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Die Arbeit, welche, wie vorweg gesagt sei, von einem Ende der fünfziger Jahre stehenden, erfahrenen Arzte stammt, sucht nicht mehr und nicht weniger zu beweisen, als daſs ein Schleimhautcarcinom Syphilis erzeugen kann und in ersterem eine originäre Quelle für die Lues zu suchen sei. Ausgehend von der bekannten und durch Pasteurs Experimente erhärteten Thatsache, daſs jede Infektionskrankheit beim Durchgang durch verschiedene Individuen eine fortwährende Milderung erfährt, schlieſst K. in längerer Beweisführung, daſs die Syphilis schon längst erloschen sein würde, wenn nicht immer ein neuer Urquell für ihre Entstehung vorhanden wäre. Als erstes Beispiel für seine Theorie führt K. die Geschichte seiner eigenen Erkrankung in ausführlicher und offenherziger Weise an. Gelegentlich einer Operation verletzte er sich am linken Daumen mit einer Nadel, ohne des Stiches weiter zu achten; am nächsten Tage exkochleierte er einen Mastdarmkrebs bei einem männlichen Patienten, wobei er direkt die kranken Teile mit dem verletzten Daumen auseinander hielt und auch bei den Ausspritzungen über diesen die Flüssigkeit laufen lieſs. Die Daumenverletzung fing bald sehr zu schmerzen an, nach 10—12 Tagen war dieselbe in eine stark secernierende Wunde mit schlecht aussehenden Granulationen verwandelt, nur Jodoform brachte von all' den versuchten Mitteln etwas Linderung; die Cubital- und Axillardrüsen waren geschwollen, fast sämtliche Gelenke des Körpers wurden schmerzhaft, so daſs Patient nach Ablauf von 4 Wochen das Bett aufsuchen muſste. Nun entstand ein Hautausschlag an Brust und Bauch, welcher von zwei Spezialisten als syphilitisch erklärt wurde, auſser den Ellbogen- und Achseldrüsen waren auch die Halslymphdrüsen geschwollen, an Zunge und Lippen bestanden Schleimhautplaques. Die nun eingeleitete Hg-Kur (Einreibung) wurde 6 Wochen hindurch so ergiebig gemacht, daſs beinahe Kachexie eintrat, brachte aber Heilung sowohl des Primäraffektes wie der übrigen Erscheinungen; nach $4^1/_2$ Monaten trat ein leichtes Recidiv auf, Schmerzen an den Gelenken und Exanthem, erneute Kur mit Hg-Ammoniumsalbe brachte völlige Wiederherstellung. K. führt noch 5 weitere Fälle aus der Praxis an und zwar 4 allein von Ärzten, welche mit kleinen, unbeachteten Hautabschürfungen an den Händen Operation eines Gebärmutterkrebses vornahmen, einige Wochen später ausgeprägt syphilitische Erscheinungen zeigten und sämtlich nach wenigen Monaten verstarben. Der fünfte Fall betraf einen jungen Mann, welcher mit einem unzweifelhaften harten Schanker und späteren Sekundärerscheinungen in Behandlung kam; die Frau, mit welcher er allein verkehrte, zeigte bei eingehender Untersuchung keine Spur von Syphilis, starb aber 2 Jahre später an Gebärmutterkrebs. Als weiteres Argument für seine Theorie, wonach es sich in seinem Falle um eine originär entstandene Syphilis handelte, führt K. an, daſs er in den 2 Jahren vor demselben keinen Fall von primärer oder sekundärer Syphilis behandelt habe und in einer Schluſsnote sucht er auch den event. Einwand zu entkräften, als ob es sich in dem angegebenen primären Falle nicht um Carcinom gehandelt habe. Unter Zusicherung von Diskretion fordert er die Kollegen auf, ihm analoge Fälle mitteilen zu wollen. *Stern-München.*

Über die Beziehungen der Syphilis zur Lungenschwindsucht, von Weissenberg-Nervi-Colberg. (*Allg. med. Centralztg.* 26. Okt. 1898.) Die Lungensyphilis, welcher

nach der vorhandenen Litteratur in früherer Zeit zweifellos gröfsere Beachtung geschenkt wurde, als es jetzt trotz der grofsen, den Lungenkranken gewidmeten Fürsorge der Fall ist, tritt pathologisch-anatomisch in zwei Formen, der gummösen und der interstitiell-bindegewebigen auf, wobei jedoch Übergang der einen in die andere nicht selten ist. Die angeborene Lungensyphilis der Neugeborenen, die weifse Hepatisation, kommt hier nicht weiter in Betracht. Spezifische Erkrankungen der Bronchien und der Lungen können sicherlich schon einige Wochen nach der Primärinfektion auftreten, meist jedoch handelt es sich bei der Lungensyphilis um Kranke, welche schon längere Zeit, meist mehrere Jahre, der Syphilis unterworfen waren. Bei der Diagnose hat man besonders zu achten auf die Anamnese, die funktionellen Störungen, auf die physikalischen und anatomischen Veränderungen, auf das Fehlen von Tuberkelbacillen, vielleicht auch noch das Ausbleiben der Tuberkulinreaktion, auf den ganzen Verlauf der Erkrankung, die Koincidenz mit anderen Erscheinungen und schliefslich auf die Wirkung einer antisyphilitischen Therapie. Bei Lungensyphilis ist Hämoptoe selten, häufig jedoch der Auswurf blutig tingiert, der Ernährungszustand bei relativ blühendem Aussehen bleibt verhältnismäfsig lange ein guter, Fieber ist selten oder nur in geringem Grade späterhin bei vorgeschrittenen Zerfallsprozessen vorhanden. Neben diesen Umständen ist bei zweifelhaften Fällen der Mangel eines tuberkulösen Habitus und einer hereditären Anlage, ferner das häufige Betroffensein von nur einer Lungenseite und zwar vorwiegend der rechten und hier wieder des mittleren Lappens, begleitet von einem eigentümlich asthmatischen Zustande und dem erwähnten blutig gefärbten Auswurf, von Wichtigkeit. Bei rechtzeitiger Erkenntnis der Lungensyphilis und entsprechender Behandlung ist dieselbe stets heilbar, ist sie aber zu weit vorgeschritten, sind weite Partien des Lungengewebes verödet; oder gesellt sich Lungentuberkulose hinzu, welche meist die Durchführung der antisyphilitischen Kur sehr schwierig gestaltet, so ist die Prognose ungünstiger, wiewohl auch schon in sehr fortgeschrittenen Fällen Heilung erzielt worden ist. W. hält es für leicht möglich, dafs durch fortgesetzte Beobachtung, wofür besonders die zahlreich errichteten Heil- und Pflegestätten für Lungenkranke das geeignetste Material liefern würden, in absehbarer Zeit noch andere Momente zur Stütze der Diagnose gewonnen werden können, besonders durch verbesserte mikroskopische Untersuchung des Auswurfs und der expektorierten Gewebsstücke und durch endgültige Entscheidung der Frage, ob es eine eigentliche syphilitische Phthise giebt mit Zerstörung des Lungengewebes, was allerdings sehr wahrscheinlich ist. In der Praxis wird man jedenfalls stets daran denken müssen, dafs die Unterscheidung zwischen manchen Formen von Lungen-Syphilis und -Tuberkulose auch für die namhaftesten Kliniker schon unmöglich war und W. zweifelt nicht, dafs mancher, der unter der Diagnose tuberkulöser Phthise zu Grunde gegangen ist, bei richtiger Diagnose der syphilitischen Erkrankung sicher hätte geheilt werden können. *Stern-München.*

Über Lues hereditaria tarda, von R. Hahn. (Vereinsbeilage No. 35 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 48.) Verfasser demonstrierte im Hamburger ärztlichen Vereine die an Zeichen der Lues hereditaria tarda erkrankten Insassen der Hamburger Taubstummen- und Blindenanstalt, sowie der Alsterdorfer Idioten-Anstalt. Unter ca. 700 Patienten boten 50 sichere Zeichen der Lues hereditaria tarda. Nach einer genauen Schilderung der Erkrankung, die dem Fournierschen Buche über „Syphilis héréditaire tardive“ folgt, aufser dafs Verfasser (meines Erachtens mit Recht. Ref.) den Wert der vielen von Fournier aufgestellten Zahndeformitäten anzweifelt, giebt er eine Übersicht über die Häufigkeit der gefundenen Symptome. Die erste Stelle nehmen die Schädelanomalien ein, dann folgen die der Nase, dann die periostalen

Veränderungen der Tibia, dann die HUTCHINSONschen Zähne, alte Narben, Entwickelungshemmung, Epileptiker, Taubstumme, Blinde, SILEXsches Zeichen, Keratitis. Am seltensten, dreimal, kam die HUTCHINSONsche Trias vor. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Struma congenita bei elterlicher Syphilis, von M. FÜRST (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 46.) Verfasser berichtet über einen Fall von kongenitaler Struma — einem überhaupt seltenen Vorkommnis —, der entschieden zu der syphilitischen Erkrankung der Eltern in Beziehung zu bringen ist. — Der Vater des Kindes hatte sich vor $5^1/_2$ Jahren syphilitisch infiziert, wurde zunächst ohne Quecksilber, später kräftig merkuriell behandelt und verheiratete sich vor 3 Jahren. Seine gesunde junge Frau hatte im 7. Monat eine Frühgeburt. Während der Gatte inzwischen wieder eine energische Hg-Behandlung durchmacht, wurde nach Eintritt einer zweiten Schwangerschaft die ahnungslose Frau von PROCHOWNIK „wegen Erschlaffung ihrer inneren Teile mit einer Massagekur“, natürlich mit Quecksilbersalbe und mit dem Erfolge behandelt, dafs sie ein ausgetragenes Mädchen von allerdings recht zarter Konstitution zur Welt brachte. PROCHOWNIK und Verfasser als Hausarzt bemerkten sofort an dem Kinde einen ziemlich grofsen Tumor in der vorderen Halsgegend, eine Struma von mehr als Wallnufsgröfse beiderseits, welche aber im Verlauf der ersten 6 Lebenswochen spontan ohne jede Behandlung zurückging. Verfasser meint, dafs nur diese angeborene Struma hier an die vom Vater her ererbte Syphilis erinnert. Das spontane Zurückgehen der Schilddrüsengeschwulst sei auf die kräftige Merkurialisation der Mutter während der Gravidität zu beziehen, wie auch das übrige Wohlbefinden des Kindes. *I. Bloch-Berlin.*

Über einen Fall von Lues hereditaria tarda, von KARCHER-Basel. (*Corresp. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 1.) Derselbe betrifft einen 11jährigen Knaben, der wegen multiplen Gaumen- und Rachengeschwüren, Vergröfserung aller fühlbaren Lymphdrüsen, Gaumenperforationen in Spitalbehandlung trat. Der Patient war vollständig normal entwickelt und zeigte keine Degenerationserscheinungen; auch fehlte die HUTCHINSONsche Trias. In den früheren Jahren war der Knabe wiederholt wegen Rhagaden der Mundwinkel, Rachenkatarrhen und vor 5 Jahren wegen schmerzhafter Anschwellung der Tibiae poliklinisch behandelt worden. Die Eltern des Patienten hatten sich 2 Jahre vor der Geburt desselben luetisch infiziert. Das Symptomenbild des Falles stimmt hier in mehrfacher Beziehung eher mit einer acquirierten, denn mit einer hereditären Lues überein; die Anamnese erlaubt aber keinen Zweifel über die Natur desselben. *C. Müller-Genf.*

Die Munderscheinungen der Syphilis, von L. DUNCAN BULKLEY-New York. (*Dental Cosmos.* Juni 1898.) In diesem vor Zahnärzten gehaltenen Vortrage wurden kurz die 3 Arten von Syphilis, welche im Munde vorkommen können, besprochen. Es sind dies 1. die Initialsklerose oder Schanker, besonders an den Lippen, 2. die Plaques muqueuses und 3. die Geschwüre oder ulcerierte Gummata. Weniger durch letztere, welche schon durch ihre Schmerzhaftigkeit einen zahnärztlichen Eingriff meist verbieten, als die 2 erstgenannten kann der Zahnpraktiker sich eine Infektion zuziehen, wozu als vierte Möglichkeit noch das Blut der Syphiliskranken kommt, welches für B. in den ersten Stadien der Krankheit zweifellos ansteckend ist. Bei einer geringgradigen Hautabschürfung an den Händen kann der Zahnarzt so aus dem Munde seiner Patienten sich eine Infektion zuziehen, er kann aber dieselbe bei mangelhafter Reinigung sowohl der Hände wie der Instrumente auch auf weitere Personen übertragen. Bei irgend welchem Verdachte (blofs bei diesem? Ref.) sollten daher Feilen, Zangen u. s. w. mit ganz besonderer Sorgfalt ausgekocht werden, worin B. das beste Mittel der Desinfektion sieht; zu übersehen sei nicht, dafs auch die Mund-

keile von Gummi oder Holz das Gift übertragen können. Differentialdiagnostisch ist es wichtig, die syphilitischen Munderscheinungen zu unterscheiden von Aphten, welche zuweilen sogar mit Mundsyphilis koincidiert, von Glossitis verschiedener Art, der Leukoplakia buccalis der Raucher, ferner Epitheliom und gummaähnlichem Lupus der Zunge, und schliefslich von den durch scharfe Zähne verursachten Epithelabschürfungen und Ulcerationen derselben. Als Pflicht des betreffenden behandelnden Arztes hebt B. hervor, dem Luetiker die Gefahren auseinanderzusetzen, welche er anderen bringen kann, womöglich während der Hauptperiode der Ansteckung, also das erste Jahr hindurch wenigstens, einen zahnärztlichen Eingriff zu verhindern und, wenn dies absolut unmöglich, den Zahnarzt über die vorhandene Infektionsgefahr ausreichend zu verständigen. (Ob das letztere mit der dem Arzte obliegenden Pflicht der Verschwiegenheit vereinbar ist, dürfte eine sehr diskutierbare Frage sein. Die Mahnung, welche B. hier an die Zahnärzte richtet, erscheint ja sehr angebracht; aber immerhin ist es auffallend, wie selten Infektionen, als auf dem beschriebenen Wege entstanden, zur Beobachtung kommen und wie häufig sie bei der oft geradezu erstaunlichen Unsauberkeit mancher Zahnkünstler vorkommen könnten; unwillkürlich drängt sich hierbei die Wahrscheinlichkeit auf, dafs den Plaques muqueuses, der zweifellos häufigsten Erscheinung von Mundsyphilis, eine nicht sehr erhebliche Infektiosität innewohnt. Ref.)

Stern-München.

Plaques muqueuses der hinteren Rachenwand, von Bergeat. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 47.) Der Verfasser beobachtete bei einem Patienten auf der geröteten hinteren Rachenwand fünf von oben nach unten ziehende parallele Schleimhautwülste, die sich nach oben unter Verflachung allmählich verloren, unten etwa in der Höhe des Kehldeckelrandes einen halbkreisförmigen Abschlufs hatten. Die Kuppen dieser Wülste wiesen Epitheltrübungen in Form flacher, senkrechter, 2—3 mm breiter, hellgrauer Streifen auf. Es handelte sich um breite Kondylome der Rachenwand, die unter äufserlichem und innerlichem Gebrauch von Hg innerhalb 14 Tage vollständig verschwanden. — Solche Plaques muqueuses der hinteren Rachenwand wurden bis jetzt nur sehr selten beobachtet. Der Verfasser meint, dafs sie vielleicht infolge ihrer grofsen Ähnlichkeit mit senkrecht herabfliefsenden Schleimbächen manchmal der Diagnose entgingen. *Götz-München.*

Magensyphilis mit Bericht über einen Fall von perforiertem syphilitischen Geschwür des Magens, von Flexner. (*Amer. Journ. of. Med. Sc.* Okt. 1898.) Nach Mitteilung der spärlichen, vor allem in der deutschen Litteratur aufgezählten Fälle von Syphilis des Magens berichtet Verfasser über den seinen. Der 52jährige, kräftige Mann litt seit ca. 3 Jahren an Bauchwassersucht, wegen der er wiederholt punktiert wurde. Nach einem reichlichen Abendessen erkrankte er mit heftigen Leibschmerzen und Tympanie. Bei der Sektion fand sich aufser einem Gumma der Leber, das die Vena portae zum Teil komprimierte, ein 5 : 5 cm grofses Geschwür des Magens an der grofsen Curvatur, das in die freie Bauchhöhle perforiert war. Das Geschwür hatte wallartige Ränder; die mikroskopische Untersuchung ergiebt Endarteriitis und Endophlebitis mit nekrotischen Stellen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Darmgangrän als eine Folge von Thrombophlebitis mesaraica, von Sigurd Lund-Kopenhagen. (*Hospitals Tidende.* 1898. No. 12.) Verfasser teilt einen solchen Fall bei einer 39jährigen Witwe mit, die ungefähr 7 Monate früher wegen einer syphilitischen Parese merkuriell behandelt worden war. Die Thrombophlebitis wurde ebenfalls als von der Syphilis herrührend angesehen. Krafft hat früher beim Mitteilen zweier solcher Fälle (*Hosp. Tid.* 1897. No. 31—32) dieselbe Ansicht aus-

gesprochen, indem er sich auf Untersuchungen der in der Litteratur beschriebenen Fälle stützte; in dem einen von K.s eigenen Fällen handelte es sich höchstwahrscheinlich um Syphilis, in dem anderen konnten keine zuverlässigen Aufschlüsse in dieser Beziehung geschafft werden. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Syphilis des Bauchfells, von L. Pick. (Berl. med. Gesellsch. 9. Nov. 1898.) Bei einer 58jährigen Frau, welche in ihrem 25. Jahre Lues acquiriert und niemals irgend eine Quecksilberkur durchgemacht hatte, sondern erst gegen Ende des Lebens in Behandlung gelangte (Diagnose: syphilitische Leberschrumpfung und Nierenamyloid), fand sich bei der Autopsie außer typischer Lebersyphilis Amyloid der Nieren, der Milz, des Herzens und der inneren Sexualorgane eine auffallend umschriebene Veränderung am parietalen Bauchfell zwischen Nabel und Symphyse. Das sonst ziemlich blasse und glatte, ein wenig verdickte Peritoneum war hier stark, etwas fleckig injiziert. Mit dem düsterroten Grunde eigenartig kontrastierend sah man, in besonderer Häufung über der Symphyse, zahlreiche teils miliare, meist aber hanfkorn- bis über erbsengroße, flach prominierende, gelblich opale, ziemlich weiche Knötchen, welche teils isoliert, teils konfluiert standen und dann Plaques von ausgesprochen polycyklischer Umgrenzung bildeten. Die Knötchen waren sämtlich ganz oder annähernd kreisrund und zeigten centrale seichte Oberflächendellen oder auch tiefere Einsenkungen. — Die mikroskopische Untersuchung ergab kleine Rundzellen in ausgebreiteter fettiger Metamorphose, Aufbau der Knötchen aus reinem Granulationsgewebe ohne eine Spur von epitheloiden oder Riesenzellen. Die Serosa zwischen den Knötchen war gleichfalls in eine dünne Granulationsschicht umgewandelt, das Bauchfellepithel allerwärts verschwunden. Nach der centralen Delle hin häuften sich die Rundzellen besonders, hier gesellte sich zu der fettigen Metamorphose die Ulceration. — Da die circumscripte Bauchfelltuberkulose mehr das viscerale Peritoneum betrifft und mit derben schwieligen Verlötungen einhergeht, auch keine mit centralen Dellen versehenen Knoten aufweist, da ferner hier reiches Granulationsgewebe ohne Riesenzellen und Tuberkelbacillen vorhanden war, so liegt hier eine circumscripte Peritonitis gummosa parietis anterioris vor. — Der Antimerkurialismus empfängt durch diesen Fall schwerster Syphilis ohne jede merkurielle Therapie wieder einmal eine recht eigentümliche Beleuchtung. *I. Bloch-Berlin.*

Syphilis der Pleura, der Lungen und der Bronchien, klinischer Vortrag von Dieulafoy. (*Indépend. méd.* 1898. pag. 353.) D. hatte früher eine circumscripte Form der Lungensyphilis beschrieben und giebt nun das Bild der diffusen Art. Es lassen sich bei derselben folgende klinischen Varietäten unterscheiden: 1. die diffuse gummöse Form mit diffusen sklerösen Veränderungen. Man konstatiert bei derselben Bronchialatmen, großblasige Rasselgeräusche, leichte Dämpfung, reichliche Expektoration und zuweilen Blutspucken, was den Gedanken an Lungentuberkulose aufkommen läßt. 2. Eine bronchiektatische Form, wobei sich die Dilatation auf alle Bronchien erstrecken kann. 3. Die tracheobronchialen Lymphdrüsen können primär oder sekundär ergriffen sein und keuchhustenartige Anfälle verursachen. 4. Die Pleuritis. Dieselbe kommt nicht nur in der tertiären, sondern auch in der sekundären Periode der Lues vor. Die Pleuritiden der ersteren Art können mit gewaltigem Exsudat verbunden sein, das zuweilen, wie bei Pleuracarcinom, rötlich gefärbt ist. Nach der Punktion bleibt aber die Erleichterung meist aus, weil eben gleichzeitig Lungen- oder Bronchialveränderungen bestehen. 5. Die allgemeine syphilitische Bronchitis. Alle diese Formen werden sowohl bei der erworbenen wie bei der Spätform der hereditären Lues beobachtet. *C. Müller-Genf.*

Beobachtungen über Herzsyphilis, von J. ADLER. (*New York med. Journ.* 22. Okt. 1898.) Außer den Fällen von sekundärer syphilitischer Endo- und Pericarditis unterscheidet man noch Gumma, interstitielle oder fibröse Myocarditis und Endarteritis syphilitischer Natur. Da es aber oft auch für den geübten Pathologen nicht möglich ist, zu unterscheiden, ob eine fibröse Myocarditis oder ein Aneurysma durch Syphilis oder andere Ursachen bedingt ist, so glaubt A., als den einzigen unzweideutigen Typus von Herzsyphilis nur das Gumma ansprechen zu können. In Anbetracht der relativen Seltenheit des letzteren und andererseits überzeugt, daß die Syphilis ein häufigerer ätiologischer Faktor bei Herzaffektionen ist, als gewöhnlich angenommen wird, untersuchte A. eine Anzahl von Herzen Syphilitischer, welche keine grob anatomischen Veränderungen darboten, in mikroskopischer Beziehung. In einer ersten Reihe wurden die Herzen von 4 Kindern untersucht, welche erblich syphilitisch im Alter unter 4 Monaten verstorben waren; keines derselben bot zu Lebzeiten Anzeichen von Herzaffektionen und fürs bloße Auge erschienen Herz und Gefäße normal. Es war mikroskopisch (auf gehärteten Schnitten) bei dem jüngsten Kinde von 2 Monaten der Beginn der Affektion, der Endarteritis und Myocarditis, bei den anderen schon der weitere Fortschritt dieser syphilitischen Komplikation zu konstatieren. Die Gefäßveränderung zeigte sich durch Zellproliferation an der Intima und weiterhin auch um die Arterien und Venen herum, einzelne Teile der Herzmuskulatur (Septum) zeigten eine Art Infiltrationsprozeß (Zunahme der Leukocyten, der elastischen Fasern). Weiterhin wurden zwei Herzen von Erwachsenen untersucht, welche zu Lebzeiten bestimmte Zeichen von Syphilis, aber nie von Herzaffektionen dargeboten hatten. In beiden Fällen war die Muskelentzündung schon ausgeprägter wie bei den Kinderherzen, indem sie einen mehr fibrösen Charakter annahm und in dem zweiten derselben Degeneration und Zerstörung der Muskelbündel einen noch höheren Grad wie in dem ersten zeigte. Schließlich konnte A. noch das Herz einer 30—35 jährigen Negerin untersuchen, welches schon makroskopisch die typischen Veränderungen von Herzsyphilis zeigte wie verschiedene Gummata im linken Ventrikel und im Septum, mikroskopisch waren im Endocard, in der Muskulatur und in den Gefäßen fast alle Stadien der syphilitischen Herzerkrankung, wie oben beschrieben, vorhanden. Mit diesen 7 Fällen, deren mikroskopische Befunde durch eine Anzahl Zeichnungen illustriert sind, glaubt A., sei eine ununterbrochene Serie für die Entwickelung der Herzsyphilis gegeben; es könne danach mit großer Wahrscheinlichkeit gesagt werden, daß dabei die kleinen Gefäße zuerst erkranken, sekundär die größeren und dann interstitielle Entzündung und schließlich Entartung des Muskelgewebes eintritt. Vom therapeutischen Standpunkte aus ist hervorzuheben, daß antisyphilitische Behandlung noch gegen Gumma und Zellproliferation wie -Degeneration wirksam sein kann, gegen fibröse Entartung aber nicht mehr. Es wäre also wichtig, möglichst frühzeitig die Diagnose zu stellen und A. hält dies bei sorgsamer Berücksichtigung aller anamnestischen und physikalischen Einzelheiten zuweilen für möglich: Erscheinungen von Myocarditis, besonders bei jüngeren Individuen, ohne irgend welche nachweisbare Ursache auftretend, sollten immer den Verdacht auf Syphilis erwecken, bestehende Manifestationen derselben würden diese Diagnose nur bestärken; auch ex juvantibus ist es zuweilen möglich, die Diagnose noch zu sichern, da man bei wahrscheinlicher Syphilis des Herzens ebenso verfahren sollte wie bei der anderer Organe. Zahlreiche Fälle von sogenanntem schwachem oder leicht erregbarem Herzen, verbunden mit Tachycardie, sind oft, besonders bei jüngeren Individuen, die Folge syphilitischer Erkrankung (FOURNIER); da aber sichere physikalische Zeichen nicht vorhanden sind, so ist es sehr schwer, zwischen neurasthenischer und hysterischer oder beginnender organischer Erkrankung obigen Ursprungs zu unterscheiden. Sollten in

solchen Fällen Digitalis und andere Herztonica fehlschlagen, so ist A. mit Semmola der Ansicht, eine energische antisyphilitische Kur einzuleiten, womit beide häufig den gewünschten Erfolg gehabt haben. Angina pectoris ist häufig als mit Herzsyphilis in Zusammenhang stehend und zuweilen sogar als deren einziges Symptom beschrieben worden. A. giebt die genaue Krankengeschichte eines solchen Falles wieder, welcher einen 53jährigen Kaufmann betrifft; derselbe wurde, nachdem 8 Jahre vorher einer Initialsklerose Sekundärerscheinungen gefolgt waren, zweimal von sehr heftigen Asthmaanfällen heimgesucht, Arteriosklerose war nicht vorhanden, aber syphilitische Erscheinungen an Sternum, Rippen und Nerven traten frisch auf. Die Diagnose der syphilitischen Myocarditis mit akuter Dilatation und Angina pectoris wurde zur sicheren, nachdem Digitalis und andere Herztonica keine Besserung gebracht hatten, ebensowenig wie Jodkalium in allmählich steigender Dosis, und erst mit einer systematischen Hg-Kur rascher Rückgang aller Erscheinungen eintrat; nach weniger wie zwei Monaten konnte Patient wieder seiner gewöhnlichen Beschäftigung nachgehen, nur als Folge einer leichten Vergröſserung des Ventrikels blieben noch Anfälle von Herzpalpitation zurück. A. schlieſst seine sehr lesenswerte Abhandlung mit einem vergleichenden Rückblick über alle seine Befunde, welche er am Lebenden und am Seciertische gesammelt hat; es ist demnach nicht gar oft möglich, eine absolut sichere Diagnose von Herzsyphilis zu stellen; aber in jedem Falle, wo die Ätiologie nicht durchaus klar und Syphilis von vornherein auszuschlieſsen ist, sollten Jod- und Hg-Präparate dieselbe Rolle spielen wie Digitalis und Strophanthus, Strychnin und Nitroglycerin. *Stern-München.*

Syphilitische Phlebitis, von R. Henzard. (*Brit. med. Journ.* 21. Mai 1898.) Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Die Syphilis kann sich in den Venen manifestieren. Es giebt zwei Formen syphilitischer Phlebitis. Die erste ist die akute oder subakute und entspricht der Sekundärperiode der Krankheit. Die Wirksamkeit der antiluetischen Kur beweist, daſs diese Form thatsächlich auf Syphilis und nicht auf eine sekundäre Erkrankung zurückzuführen sei. Die andere Form der syphilitischen Phlebitis ist chronisch und entspricht der tertiären Periode der Syphilis; sie tritt lokalisiert als Gumma der Vene oder generalisiert als Phlebosclerosis auf. Beide Formen der Phlebitis befallen mit besonderer Vorliebe die unteren Extremitäten. Die Prognose ist günstig. Es empfiehlt sich bei der Behandlung eine gemischte antisyphilitische Kur durchmachen zu lassen. *C. Berliner-Aachen.*

Grawitz hielt im Medizinischen Verein in Greifswald (Vereinsbeilage No. 32 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1898, No. 45) einen Vortrag über **syphilitische Gelenkdeformitäten,** in welchem er auf die Mannifaltigkeit der syphilitischen Arthropathien hinweist, die eine exakte Diagnose kaum, selbst nicht mehr ex juvantibus stellen läſst. Er zeigt den Unterschied von Arthritis vera an verschiedenen Präparaten, die strahlige Narben in Knorpel und Knochen, Narbenschrumpfungen innerhalb und auſserhalb der Gelenke aufweisen. *F. Hahn-Bremen.*

Über Gummigeschwülste in der Hohlhand, von O. v. Ley. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 43.) Verfasser bespricht zunächst die bekannten Schwierigkeiten der Differentialdiagnose der syphilitischen Geschwülste von anderen Tumoren und teilt einzelne charakteristische Fehldiagnosen mit. Zwei Beobachtungen in seiner Praxis lenken die Aufmerksamkeit des Verfassers auf eine nach seiner Ansicht nicht so seltene Lokalisation des Gumma. — Im Juni 1896 wurde ihm eine Dame zugeschickt wegen einer sehr schmerzhaften Affektion in der rechten Hohlhand. Syphilitische Infektion wurde negiert. Ohne besondere Veranlassung war in der Hohlhand

eine kleine, schmerzhafte, erbsengrofse Geschwulst gewachsen, die von einem Arzte als Panaritium incidiert worden war, und auch dem Verfasser als ein Panaritium tendinosum mit konsekutiver subfascialer Phlegmone erschien. Nach der Incision blieb aber die Schmerzhaftigkeit nach wie vor, nahm sogar nachts an Heftigkeit zu. Der Handrücken, die Fingergelenke und das Radiocarpalgelenk waren schmerzhaft und geschwollen (Synovitis serosa). Eine diffuse teigige Infiltration nahm den ganzen Hypothenar ein. Aus der Incisionsstelle wuchsen übermäfsige, mattrote, pralle, mäfsig secernierende Granulationen bis zur Gröfse einer Baumnufs hervor, von geschwulstartigem Charakter. Zu gleicher Zeit zeigte sich ein papulöses Syphilid im nasalen Winkel des Margo supraorbitalis. Ähnliche Papeln auf Unterarm, Rücken, Brust. Nach einigen Tagen war der Hypothenar von einem flachen, fast centimeterhohen Gumma eingenommen, das sich in das Granulom über den Beugesehnen des dritten Fingers fortsetzte. Energische antisyphilitische Kur brachte sämtliche Gummata zur Heilung. — Der zweite Fall betraf einen vor mehr als 10 Jahren infizierten Hoteldiener, bei dem sich zwei symmetrisch in beiden Hohlhänden gelegene schmerzhafte Gummigeschwülste entwickelten, die unter Gebrauch von Jodkalium langsam schwanden. Der Patient hatte oft schwere Lasten gehoben. Bei einem dritten Fall, der sich der weiteren Beobachtung entzog, fand Verfasser neben Zungengumma einen kleinen schmerzlosen Tumor im Thenar. — Zum Schlusse bespricht Verfasser die früher von Lewin mitgeteilten Fälle von Gummi der Hohlhand und konstatiert, dafs dieselben überhaupt besonders in den kleinen Muskeln des Thenar oder Hypothenar sitzen, sich sprungweise vergröfsern und mit entzündlicher Infiltration verbunden sind, sonst mächtige Granulome nach der Incision erzeugen können. — v. Esmarch geht nach Verfasser nicht zu weit, wenn er behauptet, dafs eine ganze Anzahl operierter, dann rasch recidivierender Geschwülste oder durch Arsenik kleiner werdender Tumoren Syphilome seien. *I. Bloch-Berlin.*

Circumscriptes Gumma der Trachea, von Friedrich Hanszel. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 42.) Luetische Affektionen der Trachea als einziges Syphilissymptom pflegen nahe der Bifurkationsstelle zu sitzen. In dem hier mitgeteilten Falle war der Sitz der obere Teil der Luftröhre. Eine 20jährige Patientin leidet an Husten und schwerer Atemnot. Unter der Glottis sieht man an der rechten und hinteren Trachealwand einen breitbasig aufsitzenden, kugeligen Tumor, überzogen von einem dichten Gefäfsnetz, der das Lumen der Trachea bis auf einen kleinen Spalt verengt. Der Tumor ist weich, beim Anstechen entleert sich nur Blut. Auf Jodkalium tritt ein schneller Rückgang der Beschwerden unter Verkleinerung des Tumors ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Tabessyphilisfrage, von S. H. Scheiber. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 38.) Verfasser betont, dafs Virchow, der selbst zuerst ausgesprochen habe, dafs manche Fälle von Tabes syphilitischer Natur seien (*Die krankhaften Geschwülste.* II, 2. Hälfte, S. 461) auch der Berufenste gewesen sei, den sehr zeitgemäfsen Mahnruf an die Praktiker zu richten in dem Sinne, dafs mit dem ätiologischen Moment der Syphilis zu weit gegangen wird. Wenn nun Virchow meinte, dafs dieser Anschauung kein ernster Widerstand geleistet werde, so möchte Verfasser hervorheben, dafs doch schon sehr gewichtige Argumente der Lehre von der Tabessyphilis entgegengestellt worden sind, die als einzige Stütze die auf Anamnese beruhende Statistik benutzt, während ihre übrigen Argumente rein theoretisch sind. Verfasser bezeichnet die Hinterstrangsklerose als ein den syphilitischen Produkten ganz fremdartiges Gebilde, erinnert an die Beobachtungen von Veftel (Centralasien), Trennen (Japan), Glück (Bosnien), Holzinger (Abessinien), Camuset (Arabien), die Syphilis in den betreffen-

den Ländern sehr häufig, Tabes entweder gar nicht vorhanden oder nur sehr selten fanden. Ferner haben Eulenburg und Sänger auf die Seltenheit der Tabes bei alten, syphilitisch infiziert gewesenen Prostituierten hingewiesen. — Diese Facta konstituieren nach Verfasser ebenfalls eine Statistik, welche beweist, dafs die Syphilis unmöglich die einzige oder hauptsächlichste Ursache der Tabes sein kann. Dafs auch andere Ursachen als die Syphilis in Betracht kommen, beweisen die klinischen Erfahrungen, bei denen mit apodiktischer Gewifsheit Syphilis ausgeschlossen werden konnte (Eulenburg, Sänger, Hermanides), sowie die Versuche Edingers, der nachwies, dafs Ratten, wenn man sie lange und schwer arbeiten läfst, an den Hintersträngen und Nervenwurzeln genau so erkranken, wie dies bei Tabes der Fall ist.

I. Bloch-Berlin.

Einige Gesichtspunkte betreffend das Verhältnis zwischen Syphilis und Tabes; Behandlung der Tabes, von E. A. Homén. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* Nov. 1897.) In 47 (unter diesen nur ein Weib mit früherer Syphilis) während der letzten 9 Jahre in Hangö vom Verfasser behandelten Tabesfällen hat er sich sorgfältig über die frühere antisyphilitische Behandlung erkundigt. In 32 Fällen (68%) konnte Syphilis mit Sicherheit konstatiert werden (von den übrigen Patienten hatten höchst wahrscheinlich 7 nur Ulcus molle gehabt und 3 oder 4 wahrscheinlich Syphilis). In diesen 32 Fällen (mit Ausnahme eines einzelnen) war die antisyphilitische Behandlung ganz unzulänglich gewesen und in einigen Fällen sehr tardiv, Momente, welche auch nach Fourniers Auffassung prädisponierend für Tabes sind. — Mit Rücksicht auf die physischen Behandlungsmethoden dieser Krankheit giebt Verfasser, gestützt auf seine Erfahrungen, der passiven Gymnastik, kombiniert mit koordinatorischen Übungen, den Vorzug.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Die Unterscheidungsmerkmale zwischen Gehirnsyphilis und allgemeiner progressiver Paralyse, von Hugh T. Patrick. (*New York. med. Journ.* 20. Aug., 10. u. 17. Sept. 1898.) P. bezeichnet unter Gehirnsyphilis diejenigen Veränderungen des Organs, welche direkt durch den syphilitischen Prozefs bewirkt werden, d. s. syphilitische Arteriitis, Meningitis und Gumma mit ihren Folgeerscheinungen. Nach Besprechung der nicht sehr zahlreichen Litteratur über diese Frage findet P., dafs eine befriedigende Lösung derselben bis jetzt noch nicht erfolgt ist; dies sei auch in Anbetracht der Schwierigkeiten, welche die Diagnose bei dem so wechselnden Symptomenbilde der Gehirnsyphilis bietet, wohl zu begreifen. Bei dem vorliegenden Erklärungsversuche, welchen P. als erfahrener Neurologe wagt, teilt er sein Thema in 3 Abschnitte ein: 1. Anamnese und allgemeiner Verlauf der Krankheiten; 2. die somatischen und 3. die psychischen Symptome; das Vorherrschen der letzteren spricht — wie vorläufig bemerkt werde — im allgemeinen eher für Paralyse, das der somatischen mehr für Gehirnlues. Bezüglich der Anamnese ist die blofse Thatsache einer früheren Infektion von wenig Wert, da man bei einem grofsen Teile der Patienten darüber Genaueres nicht erfahren kann. Der Zeitintervall zwischen Primäraffekt und dem Erscheinen von Gehirnsymptomen wäre von einiger Wichtigkeit, da Gehirnsyphilis in einer sehr entfernten Periode nach der Infektion nur sehr selten zur Erscheinung kommt, nach Mickle die Mehrzahl der Fälle im 1. Jahre, nach Naunyn 48% in den ersten 3, 84% in den ersten 10 Jahren nach der Infektion, nach Mauriac 53% im 1. Jahre nach derselben. Andererseits sind zwar extreme Fälle angegeben worden, wo 40, 45 (Raynaud), ja 55 Jahre (Fournier) nach dem Primäraffekt verliefen, P. setzt jedoch Zweifel in die Richtigkeit dieser Fälle. Bei der progressiven Paralyse verhält es sich nach der Statistik fast aller Forscher (Gudden, Illberg) so, dafs im Durchschnitt 15 Jahre bis zum Ausbruch der Krankheit nach

event. Primärinfektion vergehen. — In der Mehrzahl der Fälle hat Gehirnsyphilis einen plötzlichen Beginn, während die allgemeine Paralyse langsam sich entwickelt und fortschreitet, zuweilen durch Remissionen unterbrochen. Hemiplegie kann ein Symptom beider Affektionen sein, aber die Art des Auftretens ist grundverschieden; bei der Paralyse besteht Bewufstlosigkeit, welche bei Hirnsyphilis nie vorhanden ist; bei letzterer bleiben auch die Lähmungen viel länger zurück, während sie bei Paralyse schon nach einigen Wochen zurückgehen und nur einer gewissen Schwäche Platz machen. Ausgesprochene Störungen der sensitiven Sphäre sind zweifellos häufiger bei Gehirnsyphilis als bei Paralyse, geradezu pathognomisch für erstere sind Kopfschmerzen, Parästhesien, Anästhesien, auch Hyperästhesie, andererseits ist jedoch Analgesie der Unterextremität und des Nervus ulnaris ein relativ häufiges Symptom der beginnenden Dementia paralytica. Sprachstörungen treten allmählich und in höherem Grade erst im vorgerückteren Stadium der Paralyse auf, Verlust der Sprache kann andererseits das erste Symptom der Gehirnsyphilis sein; das Silbenstolpern, von KRAFFT-EBING als spezielles Zeichen der Paralyse aufgestellt, fand PATRICK auch bei manchen Fällen von Gehirnsyphilis, bei Hirntumoren und anderen nicht mit organischen Störungen zusammenhängenden Psychosen. Apoplektiforme und epileptische Anfälle gehören in den verschiedensten Variationen zum klinischen Bild beider Krankheiten, bei der Paralyse jedoch meist in den vorgeschrittenen Fällen, wenn bereits andere untrügliche Zeichen der Krankheit vorhanden sind; der Paralytiker verliert auch zur Zeit der Anfälle meist das Bewufstsein, während der Patient mit Gehirnsyphilis seine Anfälle oft sogar genau beschreiben kann. Schwindelgefühle gehören eher zur Gehirnsyphilis als zu allgemeiner Paralyse, während Kopfkongestionen (rotes und blaues Gesicht) bei letzterer häufig sind. Von diagnostischer Wichtigkeit ist der Geisteszustand nach einer akuten Attacke: bei Paralyse tritt beträchtliche Verschlechterung desselben ein, ja epileptische Anfälle sind oft nur Vorläufer einer rapiden geistigen Dekadenz; solche rasche Verschlechterungen des psychischen Befindens sind bei Gehirnsyphilis aufserordentlich selten, jene des somatischen Zustandes hingegen häufig, wie besonders lokalisierte Lähmungen. Ein Anfall, veranlafst durch Aufregung oder Überanstrengung, läfst fast immer auf Paralyse, tetanische Krämpfe, lang dauernder Stupor oder Narkolepsie auf Gehirnsyphilis schliefsen. Was die psychischen Symptome betrifft, so ist es noch viel schwerer, allgemeine Grundsätze aufzustellen wie bei den somatischen; der Verlauf der Krankheit, die Gruppierung oder Aufeinanderfolge der Gehirnerscheinungen und speziell die Verbindung gewisser psychischer und somatischer Befunde sind von diagnostischer Wichtigkeit. Bei Paralyse ist ein langes Prodromalstadium, wo allmählich die Charakterveränderung vor sich geht, wo zuerst, und beinahe unmerklich für die Umgebung, die höheren und späterhin die niedereren geistigen Fähigkeiten langsam vernichtet werden; bei Gehirnsyphilis sind die Erscheinungen unregelmäfsiger und viel rascher auftretend, ähnlich dem Verlaufe der Miliartuberkulose, Typhus, Influenza, ebenso wie plötzliche Besserung eintreten kann, welche bei Paralyse, wo es nur Stillstand (Remission) giebt, ausgeschlossen ist. (?) Der Gröfsenwahn tritt bei der progressiven Paralyse als ziemlich spätes Symptom auf, jedoch nicht gar so regelmäfsig, wie allgemein gelehrt wird, bei der Gehirnlues naturgemäfs viel früher, ebenso die grofse Selbstzufriedenheit, welche bei der Paralyse der Vorläufer der Gröfsenwahnideen ist. Bei letzterer ist der Patient sehr leicht suggestibel, leicht zu irgend einer Überzeugung zu bringen oder von einer solchen abzubringen, bei Gehirnsyphilis besteht Apathie oder Reizbarkeit, sehr selten die leichte Lenkbarkeit. Die Diagnose ex therapia, ein letztes und allzu häufig gebrauchtes Hülfsmittel, ist nach PATRICKS Ansicht bei Gehirnsyphilis eine besonders trügerische, denn auch sehr hohe Dosen von Hg und JK könnten z. B. ein sklerosiertes Gumma oder

eine organisierte Membran, die Folge einer syphilitischen Meningitis, nicht mehr zum Weichen bringen. Andererseits zeigen manche Fälle von progressiver Paralyse unter spezifischer Behandlung einige Besserung, welche aber selten anhaltend ist. P. verurteilt übrigens strenge die unterschiedslose Darreichung von hohen Hg- und Jodkaliumdosen in allen den Fällen, wo der Arzt zu einer richtigen Diagnose nicht gelangen konnte. Um den Rahmen eines Referates nicht zu überschreiten, mufs in Bezug auf weitere Details auf die sehr lesenswerte Originalabhandlung verwiesen werden.

Stern-München.

Syphilitische Encephalopathie, von W. R. Dawson. (*Brit. med. Journ.* 8. Jan. 1898.) Der 45jährige, für Nervenkrankheiten stark belastete Patient hat früher an Syphilis und chronischem Alkoholismus gelitten, einen Anfall von Delirium tremens und vor Jahren Lähmung der Augenmuskeln gehabt, die unter Enthaltsamkeit und Jodkalium verschwunden ist. In der letzten Zeit erkrankte der Patient mit Zeichen von Geistesgestörtheit, charakterisiert durch Hallucinationen und Gedächtnisschwäche. Gleichzeitig stellten sich Lähmung der intraokulären Muskeln, Ptosis, allgemeiner Tremor, verstärkte Kniereflexe, Gürtelschmerzen und ein Rupiaausschlag auf der Haut ein. Die Sprache war nicht gestört. Enthaltsamkeit in alkoholischen Genüssen und eine gründliche Jodkaliumkur erwiesen sich wiederum als wirksam. Der Patient genas in 7 Monaten, nachdem er sich eine Zeit lang in melancholischem Zustande befunden hatte. Der Verfasser erörtert die Lokalisation der syphilitischen erkrankten Partie des Gehirns. Die letztere scheint nicht sehr ausgedehnt gewesen zu sein, da Kopfschmerzen, Kongestion der Papille nicht vorhanden waren. Man kann annehmen, dafs die Kerne des dritten Gehirnnerven, vielleicht auch noch anderer, affiziert waren. Die Läsion mufs an der Gehirnbasis sich befunden haben. Verfasser zweifelt nicht daran, dafs die Syphilis einen ätiologischen Faktor bei der allgemeinen Paralyse abgiebt. Wie in dem vorliegenden Falle sind die alkoholischen von den syphilitischen Gehirnerscheinungen nicht immer streng auseinanderzuhalten.

C. Berliner-Aachen.

Geheilter Fall von auf luetischer Basis beruhendem einseitigen Exophthalmus. (*Wien. med. Wochenschr.* 1898. No. 45.) Eine 53jährige Frau litt seit einem halben Jahre an linksseitigem Kopfschmerz, seit drei Wochen an einer Auftreibung der linken Gesichtshälfte um das Jochbein herum mit Verdickung des Knochens, Ödem der von erweiterten Gefäſsen durchzogenen Haut. Der linke Bulbus war in sagittaler Richtung hervorgetrieben. Das obere Lid konnte nicht gehoben werden, das Auge war starr; nur eine leichte rotierende Bewegung ist möglich. Linke Pupille etwas verengt und träge; im übrigen bietet das Auge nichts Abnormes. Die Empfindlichkeit der linken Binde- und Hornhaut war herabgesetzt. — Von sonstigen Veränderurgen fanden sich strahlenförmige Narben am weichen Gaumen, von einem geschwürigen Prozesse herrührend, der vor 1¼ Jahren begonnen hatte. Verfasser diagnostizierte eine Geschwulst im Lumen retrobulbare, im Muskeltrichter sitzend und den N. oculomotorius komprimierend. Diese Geschwulst konnte mit Rücksicht auf die anderen Veränderungen (Gaumennarben), die Knochenauftreibung nur ein Gumma sein. Jodkalium brachte den Prozefs dementsprechend auch zur Rückbildung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der **Syphilis in der Armee mit intramuskulären Quecksilberinjektionen,** von F. J. Lambkin. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1898.) Die Hauptvorteile der Methode, soweit sie in der Armee zur Anwendung kommt, sind folgende: 1. Der Soldat kann in wirksamer Weise antisyphilitisch behandelt werden, ohne seine militärischen Pflichten vernachlässigen zu müssen. 2. Die Behandlung

liegt absolut in den Händen des Arztes und ist von diesem genau kontrolliert. 3. Merkur durch Injektionen dem Körper einverleibt, verursacht nicht Diarrhoe und Verdauungsstörungen, wie dies die interne Medikation häufig thut. (Und die Abscesse, schmerzhaften Infiltrationen, Lungenembolien etc.? Ref.) 4. Durch diese Methode der Syphilisbehandlung gewinnt der Staat an Soldatenmaterial, indem die Zeit des Aufenthalts im Hospital für den syphilitischen Soldaten auf ein Minimum reduziert worden ist. — Verfasser bespricht im einzelnen die für die intramuskulären Injektionen zweckmäfsigen Präparate, die allgemein diätetische Behandlung, welche mit der spezifischen einhergehen soll, die Technik der Injektionen, die Dauer der Behandlung etc. *C. Berliner-Aachen.*

Über die Präventivbehandlung der hereditären Syphilis während der Gravidität (bei Infektion durch den Vater). Klinischer Vortrag von Fournier. (*Semaine méd.* 1898. No. 60.) In solchen Fällen unterzieht F. die Mutter, auch wenn dieselbe selbst gesund geblieben ist, einer spezifischen Behandlung. Diese Behandlung hat so frühzeitig wie möglich zu beginnen, d. h. sobald die Gravidität diagnostiziert ist, soll während der ganzen Dauer derselben fortgesetzt werden und besteht in der Darreichung des Quecksilberjodürs (0,05 pro dosi), innerlich oder subcutan, je nach den Umständen. Auf diese Weise wird der Fötus durch den Organismus der Mutter hindurch antiluetisch behandelt, ohne dafs letztere den geringsten Schaden leidet.
C. Müller-Genf.

Die Aachener Behandlung der Syphilis, von Mouillot. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1898.) Der Verfasser weist nach, dafs die Behandlung der Syphilis mit Schmierkur und Mineralbädern eine sehr wirksame und für die Patienten die am wenigsten angreifende sei, weil die Bäder die rasche Elimination des Quecksilbers aus dem Körper begünstigten. Verfasser berichtet über 5 zu Harrogate nach der Aachener Methode erfolgreich behandelte Fälle. *C. Berliner-Aachen.*

Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von künstlichem Sublimatserum in hohen Dosen und langen Zwischenräumen, von Chéron. (*Rev. des pratic.* 15. Sept. 1898.) Die Lösung besteht aus: Sublimat 0,5, Chlornatrium 2,0, Karbolsäure 2,0, Sterilisiertes Wasser 200,0. — Von diesem künstlichen Sublimatserum werden alle 6—8 Tage 20 ccm in die Fossa retrotrochanterica injiziert, was eine Dosis von 0,05 Sublimat pro Injektion repräsentiert. In bösartigen Fällen können die Injektionen auch häufiger vorgenommen werden. Gewöhnlich aber genügen vier bis fünf, um die Hauterscheinungen zum Verschwinden zu bringen.
C. Müller-Genf.

Über Jodpräparate und deren Dosierung bei Syphilisbehandlung, von Radestock-Dresden. (*Therap. Monatsh.* Okt. 1898.) Einleitend hebt R. hervor, dafs dem Jod nicht die Bedeutung eines Heilmittels der Syphilis wie dem Quecksilber zukommt, sondern dafs es lediglich die vorhandenen tertiären Produkte der Lues zu beseitigen vermag, so dafs also auch bei diesen zum Schutze vor Rückfällen nach der Jod- eine oder wiederholte Quecksilberkuren nötig sind. Wie aber auch hier zuweilen sehr hohe Dosen angezeigt sind, so ist es auch beim Jod, von welchem oft erstaunlich hohe Gaben zu einer erfolgreichen Behandlung nötig sind. Die oft noch übliche, zu niedrige Dosierung ist die Ursache grofser Mifserfolge. Ausgehend von der Empfehlung Wolfs, welcher eine Tagesdosis von 10,20 und mehr Gramm für notwendig hält, und Schusters, welcher mit 20—30 g täglich nie schlechte Erfahrungen gemacht hat, wandte R. nun auch Tagesdosen von 10—20 g, in einem Falle sogar von 25 g an, hatte immer den gewünschten Erfolg und nie Erscheinungen von Jod-

vergiftung; der Jodschnupfen war nicht stärker wie nach kleinen Gaben. Der Kranke kann sich das Salz selbst in einem grofsen Glas Wasser auflösen; wegen dieser starken Verdünnung blieben Magenbeschwerden aus, sodafs Mischung mit Milch oder Selterwasser ganz entbehrlich sei. Statt des teueren Jodkaliums kann man die Jodtinktur in stärkeren Gaben, dreimal täglich 10—20! — 30! Tropfen, in Sirup oder verdünntem Weine oder auch Brown-Séquards Jodlösung (Jodi 0,4, Kal. jodat. 2,0, Aq. dest. ad 50,0) dreimal täglich 1 Kaffeelöffel voll vor dem Essen nehmen lassen.

Stern-München.

Über die Wirkung des Jodrubidiums auf das Blut der Syphilitiker, von Colombini und Pasquini. (*Rif. med.* 1898. No. 183—185.) Verfasser kommt bei seinen Versuchen zu folgenden Schlufsfolgerungen: Die innerliche Darreichung des Jodrubidiums führt in der ersten Zeit der luetischen Infektion schneller denn irgend ein anderes Medikament zu einer stets zunehmenden Vermehrung des Hämoglobins bis zum normalen Bestande. Ebenso nimmt in gleicher Weise die Zahl der roten Blutkörperchen zu. Die weifsen Blutkörperchen, welche im Beginne der Kur vermehrt waren, gehen im Verlaufe derselben zur Norm zurück. Das Körpergewicht nimmt in zahlreichen Fällen beträchtlich zu. Neben der dem Jodkalium absolut identischen Wirksamkeit besitzt das Jodrubidium noch den Vorteil, dafs es vom Magen besser vertragen wird. *C. Müller-Genf.*

Über die Brauchbarkeit des Hyrgols (kolloidales Quecksilber) zur Syphilisbehandlung, von Falk. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 4.) Verfasser hat an der Neisserschen Klinik eingehend die chemischen, toxischen und therapeutischen Eigenschaften des Hyrgols geprüft und kommt zu folgenden Schlüssen: Das Präparat scheint wenig geeignet zu sein, seinen Platz unter den Hg-Präparaten zu behaupten 1. wegen seiner Verunreinigungen (mit Zinn, Ammoniak etc.); 2. wegen der Unhaltbarkeit der „Lösungen"; 3. wegen der aus diesem Grunde mangelhaften Dosierung; 4. wegen des übermäfsig hohen Preises von 70 Mark per Kilo; 5. weil es keine besonders energische Wirkung entfaltete. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der tertiären Syphilis der Nase und des Rachens, von St. Clair Thomson. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1898.) Verfasser plädiert für energische Quecksilbereinreibungen bei allen syphilitischen Affektionen der oberen Luftwege und in allen Stadien der Krankheit, wenn nicht besondere Kontraindikationen gegeben sind. Er weist auf die rapiden Zerstörungen hin, welche Nase und Schlund nicht selten durch den tertiären Prozefs erleiden. Die Entstehung der Sattelnase führt Verfasser nicht auf den Verlust des Septums zurück. Er weist nach, dafs die Nasenbrücke gar nicht durch das Septum aufrecht erhalten würde, denn grofse Teile des Septums würden durch operative Eingriffe entfernt, ohne dafs Kollaps der Brücke erfolge. Diese würde wie alle Brücken durch laterale Bögen aufrecht erhalten; erst wenn diese syphilitisch erkrankten, oder erst nachträglich durch Retraktion narbigen Gewebes trete Kollaps der Brücke mit Ausgang in die bekannte Sattelnase ein. In allen Fällen, welche Verfasser einer Schmierkur unterwerfen konnte, bevor Kollaps der Brücke erfolgt war, trat dieser dennoch niemals ein, auch wenn die zu spät eingeleitete Behandlung den Verlust eines grofsen Teiles des Septums nicht mehr zu verhindern im stande war. *C. Berliner-Aachen.*

---

d. *Malleus.*

Chronische Rotzinfektion bei einer Bauernfamilie, von JOSEF RATKO. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 42.) Ein Bauer, der jahrelang mit rotzkranken Pferden umgegangen, erkrankte an einem faustgroſsen Absceſs am Halse, der bis auf eine zurückbleibende Fistel heilte. Danach stellten sich nacheinander bei seinem zweijährigen Mädchen, bei seiner Frau und bei seinem anderen Kinde Krankheitserscheinungen ein, die sämtlich auf Rotzinfektion zurückzuführen waren. Es handelte sich hauptsächlich um Absceſsbildungen, bei den Kindern auch um Rhinitis und Ekzeme am Naseneingang. Schwellung der Lymphdrüsen, der Leber, der Milz, Bronchitiden, Fieber bringen die Kranken immer mehr herunter. Die Familie lebt noch, Verfasser verheiſst einen Bericht über ihre ferneren Schicksale. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Schutzkörper zur Prophylaxis der Geschlechtskrankheiten, insbesondere des Trippers, von P. THIMM - Leipzig. (*Reichs-Med.-Anz.* 1899. No. 9.) Der Verfasser läſst alle bisher empfohlenen und gehandhabten Mittel der Prophylaxe gegen Geschlechtskrankheiten Revue passieren und kommt zu dem Schluſs, daſs alle bis jetzt ohne Erfolg geblieben sind. Im Hinblick aber gerade auf die Thatsache, daſs unsere Kontrolle der Prostituierten keineswegs den gewünschten Zweck erfüllt, und in Hinsicht auf die Mangelhaftigkeit beziehentlich Fehlerhaftigkeit aller zum persönlichen Schutz empfohlenen Mittel, vom Kondom bis zu den verschiedenen Pessarien, von den BLOKUSEWSKI-FRANKschen Instillationen bis zu den Vaginalkugeln, ist ein vom Verfasser angegebener neuer Weg von Interesse für die ärztliche Welt. THIMM verspricht sich nur von einem in die Scheide eingeführten Mittel, das während und nach dem Coitus seine Wirksamkeit entfaltet, einen guten Erfolg, und zwar muſs dieses schnell zerfallen, seine Bestandteile müssen leicht wasserlöslich sein. Auſserdem müssen Eigenschaften wie transportable Form, bequeme Applikationsmethode, Haltbarkeit, Sauberkeit, Geruchlosigkeit und Ungiftigkeit das Mittel auszeichnen. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend stellt auf Verfassers Angaben die chemische Fabrik von Max Bellmann-Leipzig sogenannte „Schutzkörper" her, flache längliche Stäbchen, deren Bestandteile zur Hälfte Arzneiträger und zur Hälfte Arzneimittel darstellen. Die Stäbchen lösen sich im Wasser schnell auf, ebenso im Vaginalsekret. THIMM wandte sie bisher als Tripperprophylaktikum an und inkorporierte dem Stäbchen aus diesem Grunde 0,5 g Borsäure, 0,15 g Alsol (essig-weinsaure Thonerde, die neuerdings vielfach als Ersatz für Karbolsäure und Sublimat empfohlen wird) und 0,01 g Salzsäure. Beim Coitus überzieht der medikamentöse Inhalt der gelösten Stäbchen die gesamte Oberfläche des Penis und der Vagina und bildet durch den starken Säuregehalt und antiseptischen Wert einen trefflichen Schutz gegen die Tripperinfektion. Die bisherigen Erfolge des Verfassers sind ermutigende, soweit die Blennorrhoe in Frage kommt. Was die schützende Wirkung des THIMMschen Schutzkörpers gegenüber Lues und Ulcus molle betrifft, stellt sich der Verfasser skeptischer. Auch als antikonzeptionelles Mittel und für Fisteln und Absceſshöhlen sind die Schutzkörper brauchbar. *Hopf-Dresden.*

Fig. 1.

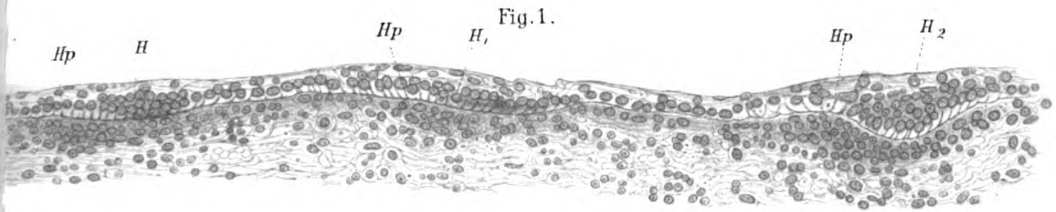


Fig. 2.

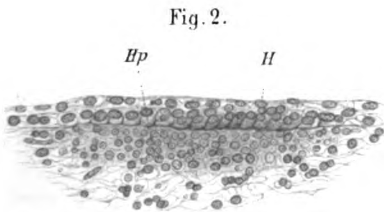


Fig. 3.

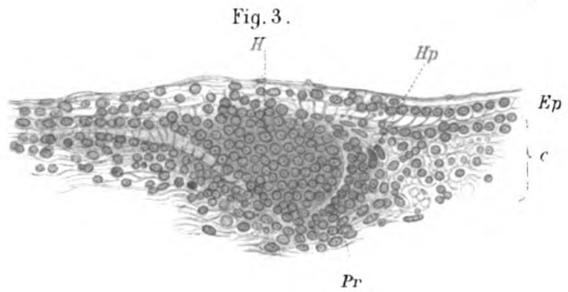


Fig. 4.

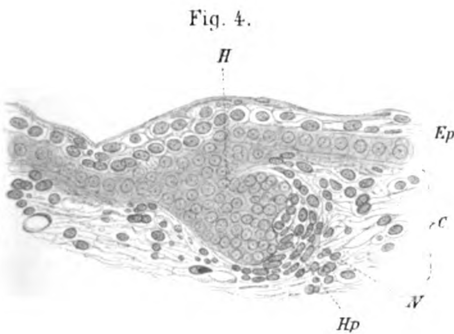
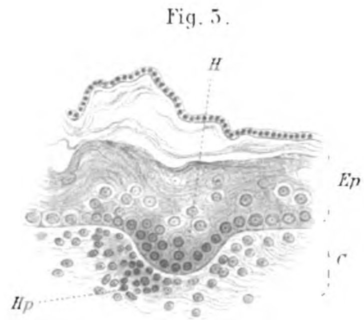


Fig. 5.



Leopold Voss

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXVIII. Nº 12. 15. Juni 1899.

Der nächste internationale Kongreſs in Paris

steht bedeutsamerweise auf der Wende zweier Jahrhunderte und wird voraussichtlich für das innere Wesen und die äuſsere Gestalt der internationalen Kongresse im kommenden Jahrhundert maſsgebend sein.

War doch schon der erste Kongreſs in Paris von 1889, welcher nicht von so langer Hand her vorbereitet werden konnte und bei welchem die nichtromanischen Nationen nur schwach vertreten waren, durch seinen glänzenden Verlauf ausgezeichnet. Inzwischen aber tagte der Kongreſs in London und die bisher einzig dastehenden Leistungen dieser denkwürdigen Zusammenkunft werden naturgemäſs unsere französischen Kollegen ihrerseits zu ganz auſserordentlichen Anstrengungen veranlassen. Die nicht geringe Spannung, mit welcher viele Fachgenossen dem Pariser Kongresse von 1900 entgegensehen, erscheint daher vollauf gerechtfertigt.

Soll dieser Kongreſs nicht bloſs Auſserordentliches leisten, sondern auch seinem internationalen Charakter dadurch gerecht werden, daſs er die Interessen der verschiedenen Nationen soweit als möglich berücksichtigt, die sich am Ausbau der Dermatologie beteiligen und der Einladung zu dem Kongresse folgen, so kann eine frühzeitige Aussprache dessen, was diese verschiedenen Nationen von dem Pariser Kongresse erhoffen, nur förderlich und den Leitern desselben nur erwünscht sein.

Eine solche internationale Aussprache über das Ziel und die Mittel des Kongresses darf, wenn sie wirksam sein soll, nicht zu spät kommen, nicht etwa erst kurz vor Beginn des Kongresses. Denn eine Klärung verschiedener Ansichten kann erst allmählich eintreten. Deshalb lasse ich meinen Ruf schon jetzt nach Herausgabe der Statuten des Kongresses ergehen in der Hoffnung, daſs demselben alsbald ein Echo aus den verschiedenen beteiligten Kreisen, insbesondere Englands und Italiens folgen werde.

Die Anregung zu den folgenden Gedanken und Vorschlägen verdanke ich dem Besuche des Londoner Kongresses, der bekanntlich in mehreren Beziehungen geradezu reformatorisch wirkte. Es war die allgemeine Ansicht am Schlusse desselben, daſs die eigentümlichen und neuen Errungen-

schaften in späteren Kongressen nicht verloren gehen dürften, sondern fortentwickelt werden müſsten.

Eine solche Errungenschaft, und zwar die wichtigste, war der breite Raum, welchen die Vorführung seltener und seltenster Krankheitsfälle im Gesamtrahmen des Kongresses einnahm. Diese waren nicht nur in einer groſsartigen, bisher nirgends angetroffenen Fülle vorhanden, sie waren auch sehr zweckmäſsig geordnet, indem an jedem Morgen eine Hauptkategorie von Fällen bestellt war und die nahestehenden oder identischen Affektionen dicht zusammen gestellt wurden. So konnten in der That die gleichartigen und unterscheidenden Züge leicht aufgefaſst und demonstriert werden. Aber das Besondere dieser unvergleichlichen Demonstration lag nicht sowohl in der ungewöhnlichen Expansion und Anordnung des Materials, sondern darin, daſs jedem Mitgliede der Versammlung dasselbe zur freien Verfügung stand, sei es zu eigenem Studium, sei es zur Diskussion mit den Kollegen. Diese wunderbare Gelegenheit, seine Kenntnisse zu bereichern, wurde denn auch schon nach dem ersten Morgen von allen Mitgliedern erkannt und mit immer wachsendem Eifer an den folgenden Tagen benutzt; es werden wenige sein, bei welchen nicht der freie Gedankenaustausch vor diesem in seiner Art einzigen Materiale als das Charakteristische und Lehrreichste des Londoner Kongresses in der Erinnerung lebt.

Wie sich alle Einrichtungen des Kongresses durch die Fürsorge im kleinen und einzelnen auszeichneten, so war auch die genaue und ungenierte Untersuchung jedes einzelnen Kranken in demselben groſsen Saale durch die Anwesenheit von zahlreichen kleinen Wandschirmen gewährleistet. Dieser Raum glich denn auch einer Poliklinik im gröſsten Stile, nur daſs — wie Neisser treffend bemerkte — hier nicht Studenten, sondern Lehrer unterrichtet und examiniert wurden. Um jeden ungewöhnlichen und besonders jeden undiagnostizierbaren Fall — und dieser waren täglich viele vorhanden — standen, so lange diese Demonstrationen dauerten, stetig sich erneuernde Gruppen von Kollegen und lauschten den Vorträgen und Diskussionen derjenigen, die sich zu einem positiven Urteil berufen fühlten, nachdem der den Kranken einführende Arzt die nötigen anamnestischen Daten und seine stets nur in bescheidenster Weise angedeutete Diagnose gegeben hatte.

In diesem ganzen Zuschnitt der Demonstrationen spiegelte sich so ganz der englische Geist, die englische Art der Wissenschaft. Zunächst der positivistische, allem rein Theoretischen mehr oder weniger abholde Sinn, der dem Hörer lieber die nackten Facta vorsetzt, als dieselben mit einem logischen, aber immerhin subjektiv gefärbten eigenen Bande zu umgeben. Sodann die äuſserlich ebenso höfliche, wie innerlich bescheidene Form, in welcher den fremden Gästen das Material zur freiesten

eigenen Untersuchung überlassen wurde. Täglich wiederholte sich dasselbe Schauspiel, dafs die erfahrensten englischen Dermatologen, gleichsam ohne es zu wagen, ihre eigene Meinung über ihre Fälle zur Geltung zu bringen, die kontinentalen Diagnostiker zur Begutachtung heranzogen und drängten, obwohl sie vielleicht die einzigen Kollegen waren, welche zu solch einer rara avis bereits einmal ein Gegenstück gesehen hatten. Diese geradezu auffallende Bescheidenheit war sicher kein Ausflufs von Unerfahrenheit und Ratlosigkeit, sondern der spezifisch englische, jeden frei gewähren lassende, zur objektiven Klarlegung drängende Charakter; die fremden Ansichten, ob sie in der Form von bescheidenen Hypothesen oder selbstbewufsten Orakeln ausgesprochen wurden, waren schliefslich für sie auch nur ebensoviele interessierende „facts", vor denen der selbständige Sinn der englischen Ärzte sich nicht im entferntesten beugte, sondern die er nur höflich und zuweilen mit ironischem Lächeln zu anderen „facts" zurücklegte. Ich betone diesen Umstand, da er — wie ich gesprächsweise erfuhr — öfters von kontinentalen Autoritäten mifsverstanden wurde; es war in der That verführerisch für den Nichtengländer, zu glauben, dafs die englischen Kollegen auf den Kongrefs quasi gewartet hätten, um den auswärtigen Kollegen ein Album mit leeren Blättern zu überreichen, in welches diese sich als Autoritäten einzuschreiben hätten. In Wahrheit verhielt es sich nahezu umgekehrt und das vorgeführte Material erwies sich als ein Prüfstein, an dem die wohlunterrichteten Kollegen von jenseits des Kanals im Verlauf des Kongresses die Reaktion der diesseitigen zu beobachten und zu verfolgen Gelegenheit hatten.

So originell und lehrreich diese Demonstrationen aber auch waren, so haftete ihnen doch noch ein grofser Mangel an, der auf dem Pariser Kongresse unter allen Umständen vermieden werden sollte — sie blieben aufser allem organischen Zusammenhang mit dem übrigen Kongresse. Der Samen, der in ihnen ausgestreut wurde, reifte nicht auf demselben Kongrefs zur Ernte — er ging daher grofsenteils verloren, soweit er nicht zufällig im Gedächtnisse der einzelnen Teilnehmer aufbewahrt wurde. Ich habe nach dem Kongresse mit vielen Teilnehmern gesprochen, die gleich mir der Ansicht waren, dafs dieselben Demonstrationen noch einen viel gröfseren Nutzen gehabt haben würden, wenn sich an dieselben eine offizielle Vorstellung der wichtigsten Kranken und aller „cases for diagnosis" mit öffentlicher Diskussion angeschlossen hätte, bei welcher Gelegenheit diejenigen Kollegen ihre Ansicht hätten begründen können, welche bei der privatim vorgenommenen Untersuchung zu einer festen Anschauung gekommen wären.

Natürlich würde eine solche Diskussion eine viel längere Zeit in Anspruch nehmen, als den Demonstrationen lebender Kranken bisher in den Kongressen eingeräumt wurde. Auch der neue Pariser Kongrefs hat

für die Demonstration von Kranken keine eigene Einrichtung getroffen, sondern nur den glücklicherweise ziemlich elastischen Paragraph 8 geschaffen: „Demonstrationen von Kranken finden in allen Sitzungen besondere Berücksichtigung."

Soll auf Grund dieses Paragraphen in Paris den fremden Kollegen etwas Ähnliches geboten werden wie in London, so müfsten die Sitzungen erst eine Stunde später — um 9 Uhr — beginnen und die erste Stunde des Tages (nach den Statuten beginnen die Sitzungen um 8 Uhr) nur der freien Besichtigung der an dem bestimmten Tage zusammengerufenen Patienten in ungeniertester Weise durch alle Kollegen gewidmet werden.

Wenn dann von den sieben aufgestellten Themen der Tagesordnung an jedem Tage nur eins absolviert würde und alle zu diesem einen Thema gehörigen Kranken erstens vor der Sitzung ad libitum von allen Teilnehmern studiert und zweitens während der Sitzung, falls sie hervorragendes Interesse in diagnostischer Beziehung besitzen, von dem beobachtenden Arzte demonstriert und direkt zum Diskussionsobjekt gemacht würden, indem die Redner an ihnen die klinischen, strittigen Gesichtspunkte entwickelten, dann würde der Pariser Kongrefs thatsächlich auf den Schultern des Londoner stehen und in der einen Beziehung noch über denselben hinausgehen, dafs er das Lehrreichste und allein wirklich Überzeugende, die Demonstration, mit der Tagesordnung in einen organischen Zusammenhang brächte. Solche Pariser Demonstrationen würden wohl jedenfalls ein lokales Gepräge erhalten, indem zugleich mit den lebenden Kranken das Museum Baretta seine Juwelen zur Schau stellte. Dadurch würden die Pariser Demonstrationen nicht blofs eigenartig und reich, sondern auch von historischem Geiste beseelt werden, wie eine solche Ausstellung eben auch nur in Paris möglich erscheint.

In einer anderen Beziehung allerdings würde auch dann der Pariser Kongrefs noch nicht alles bieten, was der Londoner bereits geboten hat; es fehlt eben nach den Statuten noch eine eigene Stätte und eigens angesetzte Zeit, um das Heer derjenigen etiquettelosen, undiagnostizierbaren oder paradoxen Fälle, die keinen Zusammenhang mit den Themen der Tagesordnung zeigen, in Ruhe zu studieren und zu diskutieren. Ich spreche wohl die Meinung aller erfahrenen Dermatologen aus, dafs gerade in diesen Fällen das Interessanteste des Londoner Kongresses lag und dafs wir sie in Paris schmerzlich vermissen würden.

Ich wüfste nur einen Vorschlag zu machen, wie auf Grund der Pariser Statuten den fremden Kollegen etwas Ähnliches geboten werden könnte. Es müfsten von den sieben freien Nachmittagen zwei oder drei extra für diese Demonstrationen angesetzt werden, die dann allerdings nur auf ein an Zahl kleineres, aber nicht weniger interessiertes Publikum

rechnen könnten. Es müſsten — etwa von 3 bis 5 Uhr — zunächst diese seltenen und paradoxen Fälle wie in London eine Stunde lang dem privaten Studium der Teilnehmer überlassen bleiben, während in einer zweiten Stunde diejenigen Patienten engerer Auswahl, in welchen sich das allgemeine diagnostische Interesse wie in ebensovielen Brennpunkten konzentrierte, von den betreffenden Ärzten auf der Plattform kurz vorgestellt und zugleich zur Diskussion gestellt würden. Selbst wenn schlieſslich nur ein solcher Nachmittag für „seltene Fälle“ in dieser Weise reserviert und ausgenutzt würde, so bin ich sicher, daſs noch nach vielen Jahren die dankbare Erinnerung der Gäste jene Stunde als die lehrreichste im wissenschaftlichen Teile des internationalen Kongresses in Paris festhalten würde.

In diesem günstigen Vorurteil für die zuerst in London inscenierten Demonstrationen seltener Hautfälle liegt, wie ich durchaus nicht leugnen will, implicite eine etwas ungünstige Kritik der wissenschaftlichen Reden im allgemeinen, soweit sie ohne Kranken- oder Präparatdemonstrationen stattfinden, aber wohlgemerkt nur für die internationalen Kongresse im allgemeinen und nur deswegen auch für den Pariser Kongreſs im besonderen. Da ich seit achtzehn Jahren so ziemlich an allen internationalen Kongressen aktiv beteiligt war, so wird man mir keinen Mangel an Interesse für diese Arten der Kongresse vorwerfen können, wenn ich diese vielleicht paradox und angesichts des Pariser Kongresses etwas unhöflich klingende Behauptung aufstelle. Aber meine Erfahrung geht zweifellos dahin, daſs dasjenige, was man stets als das Endziel der internationalen Kongresse im Gegensatz zu den nationalen hervorgehoben hat — die internationale Verständigung über strittige Fragen nur in den seltensten Fällen erreicht wurde. Es ist das auch zuviel verlangt. Bisher wurden schöne Reden gesprochen oder gelesen, die sich auch ebenso gut in den Journalen der verschiedenen Länder ausgenommen hätten; es wurde in verschiedenen Sprachen diskutiert und man erfuhr gewöhnlich erst viel später, wie sich die verschiedenen Herren in der Sitzung miſsverstanden und daſs gewöhnlich die erfahrensten Spezialforscher — aus Ungewohnheit des Redens in fremder Zunge — überhaupt geschwiegen hätten. Mit einem Worte, der unbefangene Beobachter hatte gewöhnlich den Eindruck eines internationalen Mosaiks von Meinungen, aber nur in ganz vereinzelten Momenten den einer lehrreichen und auf längere Zeit hinaus ergebnisvollen Diskussion; man kam aus der Sitzung gewöhnlich so klug wie man hineingegangen und beklagte den mit dem wissenschaftlichen Ergebnis in keinem rechten Verhältnis stehenden Aufwand an vorbereitender Arbeit.

Es ist eben zu viel verlangt, daſs auf internationalen Kongressen, wenn dieselben nicht speziell **einem** Thema

gewidmet sind und in einer Sprache abgehalten werden, im allgemeinen lehrreiche Diskussionen stattfinden sollten.

Sicher aber ist, dafs an einzelnen interessanten Kranken, wie uns das London gezeigt hat, die verschiedenen Ansichten sich in lehrreichster Weise demonstrieren und diskutieren lassen. Am lebenden Material (eingeschlossen Moulages) kann auch eine internationale Verständigung auf eine relativ leichte Weise erzielt werden, wenn eine solche überhaupt möglich ist. Für die Diskussion auf der Grundlage eines einzelnen Kranken reicht endlich auch die Geläufigkeit des Redners in einer fremden Sprache durchschnittlich vollkommen aus.

Mein erster persönlicher Wunsch für den Pariser Kongrefs ist mithin: eine weit gröfsere Bevorzugung der Demonstration am lebenden Krankenmateriale sowohl für die angesetzten Themata, wie für die aufserhalb dieser stehenden interessanten Fälle und die Möglichkeit, diese Fälle nicht nur privatim — wie in London —, sondern in foro zu diskutieren.

Sollte dieser Wunsch bei dem Organisationskomitee eine wohlwollende Aufnahme finden, aber aus Mangel an Zeit und Raum nicht voll zur Ausführung gelangen können, so erscheint es mir doch sehr wünschenswert, wenigstens in sehr verkleinertem Mafsstabe zu fest angesetzter Zeit eine Demonstration nach Art der Londoner auch in Paris zu versuchen mit der Verbesserung, dafs eine kurze öffentliche Diskussion einzelner auserlesener Fälle sich unmittelbar daran anschliefst. So könnte wenigstens in Erfahrung gebracht werden, ob sich dieselben günstigen Eindrücke auch auf anderem Boden, als in London, bei diesem Verfahren gewinnen lassen.

Einen zweiten ähnlichen Wunsch, ebenfalls nach persönlicher Erfahrung auf den verschiedenen internationalen Kongressen, habe ich zu äufsern in Bezug auf die bisher geübte Art der wissenschaftlichen Reden und Demonstrationen von Präparaten und möchte denselben kurz in die Worte fassen: Verkürzung und Fortfall aller theoretischen Reden, die sich auch ebenso gut gedruckt lesen wie hören lassen, und Bevorzugung aller Demonstrationen im grofsen und kleinen Kreise, je nach dem allgemeinen und speziellen Interesse. Wo es sich also z. B. um die Mitteilung eines **neuen** bakteriologischen oder mikroskopischen Fundes handelt, würde die einfache Demonstration mit wenigen erläuternden Bemerkungen einen ausführlichen Vortrag vorteilhaft ersetzen. Wo es sich um ein zusammenfassendes Referat älterer Thatsachen und Anschauungen handelt, sollte alles, was als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann, grundsätzlich nicht vorgetragen oder

vorgelesen werden; ist es zum Verständnis unbedingt nötig, so kann es als System in eine weithin sichtbare Wandtafel vereinigt oder wie ein Programm während des Vortrages gedruckt verteilt werden. Eine ähnliche Ersparung an Zeit wird durch Scioptikon-Demonstrationen während des Vortrages erzielt.

Und nun noch ein letztes. Sollte das Komitee des Kongresses der allgemeinen Mahnung zur Kürze und Beschränkung auf das allein Notwendige und Interessante nicht mit gutem Beispiele vorangehen und die einleitenden Begrüſsungs- und feierlichen Eröffnungsreden auf ein Minimum beschränken? Wenn in Deutschland gewöhnlich bei dieser Gelegenheit durch die übergroſse Anzahl der im allgemeinen kurzen Ansprachen gesündigt wird, so lassen es sich die Präsidenten englischer Kongresse — einer allgemeinen englischen Sitte folgend — nicht nehmen, eine mehr oder minder breit angelegte „Lecture“ als Einleitung zu halten. Die betreffenden Reden des Pariser Kongresses von 1890 waren nicht lang und übermäſsig zahlreich, nahmen aber doch in dem Rahmen der ersten wissenschaftlichen Sitzung einen unnötig groſsen Raum ein. Jedenfalls ist es ganz unnötig, nach englischer Weise einen Essay, den dazu die Gäste besser in der fremden Sprache lesend als hörend goutieren, zur Begrüſsung zu bringen und die historischen Notizen des Sekretärs würde der Teilnehmer, wenn er sie bei Beginn des Kongresses gedruckt erhielte, auch lieber in Ruhe studieren.

Mit Berücksichtigung aller dieser Zeit ersparenden und das Interesse auf das wirklich Wichtige konzentrierenden Maſsnahmen würde vielleicht genügend Zeit gewonnen, um mit vier theoretischen Kongreſsstunden auszukommen und die Morgenstunde von 8—9 Uhr der mehr praktischen Thätigkeit der Krankenuntersuchung zu widmen.

P. G. Unna.

Syphilidologische Beiträge.

Von

Dr. Neuhaus in München.

I.

6 Fälle von extragenitaler Syphilis-Infektion.

Die Geschichte der Syphilis bietet bezüglich der extragenitalen Ansteckung einige Momente dar, welche an dieser Stelle berücksichtigt werden sollen.

Bekanntlich hegten die meisten berufsmäfsigen gelehrten Ärzte am Ende des 15. Jahrhunderts über die Entstehung der Syphilis überhaupt die wundersamsten Meinungen. Daneben traten aber schon frühzeitig vorzügliche Beobachter auf, denen bereits die Möglichkeit der extragenitalen luetischen Infektion klar geworden war, welche wufsten, dafs z. B. Küsse, Manipulationen bei Entbindungen, des Säugegeschäft und anderes die Syphilis übertragen können. Ich nenne als solch unbefangene Autoren z. B. den ausgezeichneten Nicola Massa in Venedig (gestorben 1569), ferner Maynardus, Fernelius (bis 1558). Dann kam eine lange Zeit, in welcher ob vieler anderer Streitigkeiten teils auf ätiologischem, teils auf therapeutischem Gebiete die Frage der nicht geschlechtlich erzeugten Infektion wenig beachtet wurde. Und später, da mit der wachsenden Aufklärung dieser Modus der luetischen Ansteckung allgemein anerkannt war, gab es seltsamer Weise noch Zweifler. So hat z. B. Caron in seinem Buche (*Nouvelle doctrine des maladies vénér.* Paris 1811) mit verblüffender Naivität die extragenitale Infektion geradezu geleugnet und sie als Scherz erklärt. Nun, in den jüngsten Jahrzehnten sind so viele Fälle der nicht durch den Coitus erzeugten luetischen Infektion bekannt gegeben worden, dafs kaum mehr ein zweiter Caron sich finden wird. In den Arbeiten von Bergh, Pospelow, v. Broich, Krefting und anderen ist ein so reiches statistisches Material niedergelegt, dafs es fast überflüssig erscheinen könnte, weitere Fälle zu veröffentlichen. Wenn ich dennoch in diesen Blättern 6 Fälle aus der eigenen Praxis schildere, so geschieht dies aus folgenden Gründen: Auch die extragenitalen Ansteckungen variieren mannigfach in der Form und in der Art, wie sie zu stande kamen; vielleicht interessiert sich mancher hierfür. Sodann werden sie ärztlicherseits nicht immer erkannt, was für einige meiner Fälle zutrifft. Deshalb scheint es nützlich, immer wieder auf das Vorkommen dieser Infektionen hinzu-

weisen; auch bei uns in Deutschland giebt es noch Bedingungen genug, um diesen Modus der Infektion zu begünstigen.

Im Volke spielen Unreinlichkeit und Unwissenheit oft noch ihre unheimliche Rolle, endlich dürfen wir Ärzte nicht aufser Acht lassen, dafs mit der Zunahme der Nervenleiden und der Furcht vor den Gefahren des illegitimen Coitus besonders in den grofsen Städten die sexuellen Verirrungen sich häufen, die dann der extragenitalen Ansteckung die Wege bahnen.

Es sollen nun die Fälle selbst in aller Kürze geschildert werden.

1. Ein 20jähriger Student, den ich schon früher einmal wegen einer gutartigen leichten Hautaffektion behandelt hatte, zeigte mir eines Tages eine linsengrofse runde Stelle in der unteren Bauchgegend, 3 cm oberhalb des Mons veneris. Er gab mit aller Bestimmtheit folgendes an: Vor etwa 5 Wochen hätte er mit einem fremden Mädchen mehrfach Coitus ausgeübt. Das sehr sinnlich erregte Weib hätte ihn im Momente der höchsten Libido heftig an sich geprefst und dabei die Nägel der einen Hand fast in schmerzhafter Weise in die Gegend des Unterleibs gedrückt. Schon am anderen Tage bemerkte er selbst einen Kratzeffekt, habe denselben aber nicht weiter beachtet. Der kleine Rifs sei aber nicht geheilt, sondern wäre in die Länge und Breite gewachsen, ohne ihm jedoch eigentlichen Schmerz zu bereiten. Jetzt beunruhige ihn der Umstand, dafs die Wunde nicht zuheilen wolle. Geschlechtskrank sei er nie gewesen, namentlich hätte er nie an einem Schanker oder ähnlichen Geschwür gelitten. — An der bereits geschilderten Stelle des Unterleibes konstatierte ich in der That ein ganz rundes Geschwür von über Linsengröfse mit rotbläulichem Aussehen. Die Oberfläche war ohne jeglichen Belag, blutete leicht, einzelne Granulationen ragten in der Mitte über das Niveau hervor. Die Ränder zeigten sich ganz scharf abgesetzt, ohne jegliche Zacken, nicht unterminiert, fühlten sich bereits etwas derb an. Man konnte im ersten Momente mit Rücksicht auf die ungewöhnlich scharfe Konfiguration der Ränder an ein weiches Geschwür denken, aber die Derbheit desselben und der schmerzlose Verlauf erweckten Verdacht auf Lues. Drüsenschwellungen fehlten. Dem Patienten verhehlte ich die Möglichkeit, dafs eine spezifische Infektion vorliege, schon von Anfang an nicht. Das Geschwür wurde mit Hydrargyrumpflastermull bedeckt. Unter dieser rein örtlichen Behandlung vollzog sich die Benarbung in auffällig rascher Weise, in 8 Tagen war das Geschwür geheilt. Die Narbe fühlte sich jedoch ganz derb an, und schon nach 8 Tagen schwollen die Leistendrüsen beiderseits schmerzlos an, ihnen folgten später weitere Drüsenschwellungen. Damit war die Diagnose gesichert. Nach weiteren 4 Wochen kam ein makulo-papulöser Ausschlag, besonders am Rumpfe und an den Extremitäten zum Vorschein, am Kopfe einige Pusteln. Nun wurde eine intramuskuläre Injektionskur mit Hydrargyrum salicylicum eingeleitet, schon nach 2 Einspritzungen verschwand der spezifische Ausschlag, während der weiteren 10 Injektionen trat keine Komplikation irgend einer Art ein. In den nächsten 2 Jahren erfolgte anscheinend kein Rückfall, seitdem habe ich Patienten nicht wieder gesehen.

2. Ein 26jähriger Zahntechniker konsultierte mich wegen eines halbmondförmigen Geschwürs im rechten oberen Abschnitt des Nasenrückens. Zugleich versicherte er, niemals ein ähnliches Leiden an irgend einem Körperteil längere Zeit wahrgenommen zu haben. Zu dieser Wunde selbst sei er auf folgende Weise gekommen: Vor einem Monate, während er einem Patienten einen sehr festsitzenden Zahn auszog, sei dieser mit seinen Nägeln ihm ins Gesicht gefahren und habe ihn genau an der Stelle ge-

kratzt, an welcher jetzt die Wunde säfse. Er habe sofort nach dieser Verletzung auf ärztliche Anordnung hin die kleine Wunde mit 5% Karbollösung gereinigt und dann Zinkpflaster aufgelegt, trotzdem wäre die Wunde nicht verheilt. Sonstige Beschwerden hätte er nicht anzugeben. Die Inspektion ergab auf dem rechtsseitigen Nasenrücken eine bogenförmig erscheinende, mit einer schwärzlichen Kruste versehene runde Stelle mit ca. 1 cm Durchmesser. Die Umgebung angeschwollen bis zum inneren rechten Augenwinkel. Nach Ablösung der Kruste sieht man vor sich einen bläulich-roten, nicht tiefen belagfreien Substanzverlust der Haut. Die Ränder etwas gezackt, nicht unterhöhlt, aber auch nicht verdickt oder erhaben. Sehr verdächtig erscheint der Umstand, dafs die beiderseitigen Submaxillardrüsen mäfsige Anschwellung aufweisen. So entstand sofort der Gedanke an luetische Infektion. Am übrigen Körper nichts Abnormes. Der Patient erhält für das Ulcus Kalomel und graues Pflaster. Die Heilung erfolgt etwas langsam, doch ist in 16 Tagen die Wunde vernarbt. Diese Narbe ward nie derb, nie prominent, und schon nach einigen Wochen unterschied sich die Stelle wenig von der Umgebung, die Schwellung in dieser war schon bald nach Beginn der Behandlung zurückgegangen. Unterdessen ward der Patient weiter beobachtet. Und wirklich schwollen nach wenigen Wochen die Submaxillardrüsen stärker an, es kamen dann die Cubitaldrüsen zur schmerzlosen Vergröfserung, weiters die Leistendrüsen. Auf der Kopfhaut bildeten sich 6 Pusteln aus, im Munde waren einige Erosionen zu beobachten. Aber ein Exanthem des Rumpfes und der Extremitäten liefs sich nie ermitteln. Trotzdem dürfte die Diagnose: Primäraffekt auf dem Nasenrücken, syphilitische Allgemeininfektion zweifellos sein. Unter der Behandlung mit Hydrargyrum (Einreibungen mit grauer Salbe) verschwanden rasch die wenigen örtlichen Erscheinungen, die Drüsen bildeten sich zurück, am schnellsten und sichersten die Cubitaldrüsen, weniger rasch die übrigen. In den nächsten 3 Jahren trat kein Rückfall auf, trotzdem eine zweite Kur nicht durchgeführt wurde.

3. Ein 36jähriger verheirateter Kaufmann holt meinen Rat ein wegen einer Bartflechte, die seit 6 Wochen rechts unten von der Unterlippe sitze, ihn etwas schmerze und beim Essen belästige. Ärztlicherseits sei ihm Bor- und Zinksalbe verordnet, auch eine Höllensteinätzung vorgenommen worden, alles ohne Erfolg, die wunde Stelle im Barte hätte sich weiter vergröfsert. Sonst habe Patient nichts zu klagen. Während seiner Militärzeit hätte er Tripper und weichen Schanker durchgemacht, beides sei rasch geheilt. Schon seit 8 Jahren sei er verheiratet, die Frau und seine 3 Kinder seien kerngesund. Sein jetziges Leiden, seine „Bartflechte“ führt Patient auf folgendes zurück: Er betreibe den Handel mit Cigarren, welche er nur von wenigen Fabrikanten beziehe. Vor etwa einem Monate hätte ihn einer derselben besucht und ihm unter anderen Cigarren eine ganz besonders feine zum sofortigen Rauchen empfohlen. Da ein Teil des Deckblattes etwas abstand, hätte der Fabrikant mit ein wenig Speichel dasselbe wieder zu befestigen gesucht. Trotzdem habe Patient diese Cigarre angenommen und geraucht, glaube aber bald darauf die Bartflechte bekommen zu haben. Wieviel oder wie wenig an dieser Erzählung wahr ist, läfst sich kaum feststellen. Der Patient will mit keinem weiblichen Wesen aufser seiner Frau in den letzen Jahren irgend welche geschlechtliche Beziehungen gehabt haben. Objektivbefund: Nach Entfernung der Barthaare sieht man eine vom rechten Mundwinkel ausgehende fast viereckige überkrustete Stelle von 1 cm Länge, ½ cm Breite schräg nach auswärts und abwärts ziehen. Die dunkle Kruste haftet fest auf der Unterlage. Nach ihrer Entfernung hat man eine dunkelrötliche Geschwürsfläche vor sich, welche leicht blutet. Sie ist stellenweise schmierig grau belegt. Die Ränder ganz scharf, nicht unterminiert, etwas erhaben, doch nicht eigentlich hart. Der übrige Teil des mäfsig dichten Vollbartes weist keinen Ausschlag, keine Wunde auf. Bereits

sind die Submaxillardrüsen beiderseits als vergröfsert zu fühlen, ferner Drüsenschwellungen hinter dem M. sternocleido-mastoideus der gleichen (rechten) Seite. Am Körper findet sich kein Ausschlag, Mund und Hals sind ebenfalls frei.

Ich erkläre unter diesen Verhältnissen, dafs ein syphilitischer Primäraffekt vorliege, örtliche und allgemeine Behandlung sei nötig. Therapie: Kalomel und Hydrargyrumpflastermull. 14 Tage später, also 6 Wochen nach der angeblichen Infektion erscheinen auf der Stirnhaut 10 bogenförmig angereihte Papeln, am Kopfe einige Pusteln. Rumpf und Extremitäten wurden nie von einer Hautaffektion befallen. Wieder nach 2 Wochen traten vergröfserte indolente Leistendrüsen auf. Erst dann liefs ich die Allgemeinkur (Einreibungen mit grauer Salbe) regelrecht beginnen, vorher war der Primäraffekt noch zur Benarbung gekommen; doch blieb die Narbe etwa 1 Monat noch hart anzufühlen. Die Allgemeinbehandlung wird gut vertragen, die Drüsen gehen rasch zurück, die Induration der Narbe verlor sich.

Zu einer zweiten Kur hat sich der Patient nicht mehr vorgestellt. Doch sehe ich denselben oft, es sind seitdem 6 Jahre vergangen. Über ein etwa stattgefundenes Recidiv von einiger Bedeutung bin ich nicht unterrichtet. Nur ein Mal nach stattgehabter erster „anscheinender" Heilung, 2 Jahre nach der Infektion konsultierte mich der Patient wegen leichter Rhagaden und Leukoplakie mäfsiger Art, beide Affektionen waren durch örtliche Mittel bald beseitigt.

4. Ein etwa 28 Jahre alter Beamter, den ich ³/₄ Jahr vorher an Syphilis behandelt hatte, stellte mir seine Braut vor, ein 18jähriges Mädchen, das „mit einem Geschwür oder ähnlichem" an der Oberlippe behaftet sei. Zugleich gab er folgende anamnestische Daten: Drei Monate, bevor ich ihn aus der Behandlung entlassen, hätte er mit dem heute vorgestellten Mädchen trotz aller Warnungen ein Verhältnis angefangen. Zuerst habe er sich mit Liebkosungen irgend welcher Art vollständig zurückgehalten, aber die wachsende gegenseitige Zuneigung hätte eben doch bald hie und da zu Küssen verführt, die immer leidenschaftlicher wurden. Geschlechtlicher Verkehr wurde zunächst völlig vermieden. Etwa 4 Wochen nach den ersten Liebkosungen hätte das bis zu diesem Verhältnis sicher ganz unschuldige Mädchen in der Mitte der Oberlippe einen kleinen Rifs bemerkt, der von ihnen beiden als eine harmlose Sache — aufgesprungene Lippe — betrachtet wurde. Aber trotz aller Salben und Lippenpomaden sei die Affektion nicht geheilt, bestehe nun schon viele Wochen, jetzt sei ihm die Sache verdächtig erschienen. Leider müsse er weiter gestehen, dafs auch in den letzten Wochen geschlechtlicher Verkehr stattgefunden habe. Jedoch werde in der Genitalsphäre nichts geklagt. Der Einrifs in der Oberlippe habe sich anfangs in mäfsigen Grenzen gehalten, bis vor 8 Tagen, nach einem Balle, auf dem das Mädchen alle Touren getanzt und auch mehr als sonst getrunken habe, die Schwellung der Lippe bedeutend sich vermehrte, aus dem Rifs sei eine tüchtige Wunde geworden.

Die Untersuchung ergab nun folgendes: Das 18jährige ganz frisch aussehende Mädchen will niemals mit einem anderen Manne als ihrem anwesenden Bräutigam irgendwie verkehrt haben. Die Patientin behauptet weiter, sie sei immer gesund gewesen, hätte nie ein bedeutendes Leiden, am wenigsten ein geschlechtliches durchgemacht. Diese Angaben erschienen mir, der ich die Familie kannte, nur glaubhaft. Objektivbefund: Die Oberlippe ist stark geschwollen, nach vorn und oben gedrängt, in der Mitte und etwas darüber hinaus mit einer bräunlich-schwarzen Kruste bedeckt, welche sich schwer abheben läfst. Diese Manipulation ist schmerzhaft, von lebhafter Blutung begleitet. Endlich, nach Entfernung der genau auf die Schleimhaut begrenzten Kruste sieht man in der Mittellinie einen linearen Rifs, zu beiden Seiten in einer Ausdehnung von 1 cm Breite die Schleimhaut wund, erodiert, blutend. Die

Ränder sind etwas derb anzufühlen. Im Munde nichts Abnormes. Die oberen Jugulardrüsen erwiesen sich beiderseits ziemlich geschwellt, die Submaxillardrüsen ebenfalls vergröfsert, jedoch nicht bedeutend. Am Körper und an den Extremitäten kein Exanthem. Aber auf der Kopfhaut finden sich an vier verschiedenen Stellen mit schmierig braunen Krusten bedeckte Stellen von 1—1½ cm Längendurchmesser, ½—¾ cm Breite, verschiedener Form, teils rhomboid, teils halbrund. Entfernt man die nicht sehr fest anhaftenden Krusten, so sieht man bereits wirkliche teils hellrote, teils gelblich belegte Geschwüre vor sich, die Cutis ist also überschritten. Eitrige Sekretion lebhaft, die Haare vielfach dadurch verfilzt.

Das Mädchen sowohl wie der Freund gaben mit aller Bestimmtheit an, die Mundaffektion sei zuerst erschienen, die Wunden am Kopfe beständen erst seit einigen Wochen. Spontan hatten beide diese Geschwüre gar nicht erwähnt.

Weitere Drüsenschwellungen fanden sich nicht vor. An den Genitalien nichts Abnormes. Das Hymen noch etwas gezackt, anscheinend war erst vor kurzem Defloration erfolgt. Kein Fluor. Das Allgemeinbefinden anscheinend nicht gestört.

Nach diesen Angaben und dem geschilderten Befunde mufste ich doch mit aller Sicherheit annehmen, dafs eine extragenitale Infektion stattgefunden und ein Primäraffekt an der Oberlippe vorliege. Die weiteren Symptome sind als sekundäre aufzufassen. Die Infektion ist wohl durch Küssen seitens meines ehemaligen Patienten erfolgt; derselbe war zu jener Zeit, etwa 7 Monate nach seiner Infektion, wohl noch gefährlich.

Der weitere Verlauf brachte fernere Bestätigung; denn die Leistendrüsen schwollen an, auch kamen etliche Papeln an den grofsen Schamlippen noch zum Vorschein. Ein eigentliches Exanthem entwickelte sich nicht.

Die Behandlung des Ulcus an der Oberlippe und der Ekthyma-Stellen war zunächst eine örtliche, wobei der Fortschritt langsam sich gestaltete; erst als die Allgemeinbehandlung (Einreibungen mit grauer Salbe) hinzutrat, erfolgte in Bälde die Vernarbung des Primäraffektes, bildeten sich relativ schnell die Drüsen zurück, nur die Geschwürsstellen am Kopfe brauchten einige Monate zu ihrer Heilung. Komplikationen irgend welcher Art stellten sich jedoch während der Behandlungszeit nicht ein, nach 3 Monaten waren die Symptome der Lues gänzlich geschwunden, einige Monate später konnte ich mich oberflächlich überzeugen, dafs die Patientin blühender aussah als jemals. Das Mädchen hat später den Herrn, welcher sie offenbar infiziert hatte, geheiratet, jedoch ist mir über das weitere Schicksal dieses Ehepaares, über etwaige Nachkommenschaft etc. nichts bekannt geworden.

5. Eine Trödlerin, etwa 30 Jahre alt, konsultierte mich eines Tages wegen eines Geschwüres auf der rechten Stirnseite, einen Finger breit oberhalb dem Augenbrauenbogen. Sie gab folgendes an: Niemals hätte sie ein Geschlechtsleiden gehabt. Sie sei seit 3 Jahren verheiratet, ihr Mann wäre gesund, sie sei nie schwanger gewesen. Die jetzt auf der Stirn bestehende wunde Stelle rühre von einem Streite mit einer Wäscherin her, welche ihr vor etwa 6 Wochen durch Kratzen an dieser Stelle einen tüchtigen Rifs beigebracht hätte. Diese Wäscherin habe schon vielfach Ausschlag im Gesicht gehabt, mehr weifs Patientin von dieser Gegnerin nicht. Die Wunde wurde von einem Arzte behandelt, öfters geätzt, z. B. mit Karbol und Höllenstein, Heilung sei aber nicht eingetreten, trotzdem die Behandlung schon 4 Wochen dauere. Auffällig sei die Schmerzlosigkeit des stetig sich vergröfsernden Geschwüres.

Die Patientin sieht etwas schlecht genährt aus, hat aber Beschwerden oder Schmerzen nicht anzugeben. Die von ihr als Wunde bezeichnete Stelle auf der Stirn zeigt nach Entfernung eines aufgeklebten Heftpflasters einen schmierig grauen Belag, ist elliptisch geformt, die Ränder sind glatt, aber nicht unterminiert, auch nicht derb.

Die nächste Umgebung der Wunde ist ein wenig geschwollen. Die Glandulae cervicales superiores lassen sich bereits als vergröſsert fühlen, andere Drüsen treten nicht hervor. Auf der Haut des Kopfes, des Rumpfes, der Extremitäten kein Exanthem. Im Munde und Halse keine Abnormität. Die Schwellung der Jugulardrüsen erregte sogleich den Verdacht auf Lues, jedoch leitete ich zunächst nur örtliche Behandlung ein, Jodoform reinigte das Geschwür in kurzer Zeit, dann ward es durch graues Pflaster ersetzt, welches in weiteren 10 Tagen völlige Benarbung erzielte. Aber Härte, Verdichtung des Geschwüres oder der Ränder trat nicht ein: Jedoch die sich steigernde Anschwellung der Submaxillardrüsen und ein auf der Brust sich einstellendes makulöses Exanthem benahmen bald jeden Zweifel, die geschwürige Stelle auf der Stirn muſste als Primäraffekt aufgefaſst werden. Auch indolente Leistendrüsenanschwellung trat noch hinzu.

Die nach Vernarbung des Geschwürs eingeleitete Allgemeinbehandlung (mit grauer Salbe) brachte sehr bald das Exanthem zum Verschwinden, nur sehr langsam verkleinerten sich die verschiedenen Drüsen, wie die des Nackens, des Unterkiefers, der Leistengegenden. An den Genitalien hat sich überhaupt nichts Auffälliges nachweisen lassen. Die Patientin verlor viele Kopfhaare, was nach meiner Erfahrung seltener bei Frauen vorkommt als bei Männern, jedoch ersetzte sich noch während der Allgemeinbehandlung ein Teil derselben. Leichte Stomatitis, etwas später Leukoplakien komplizierten den Fall, jedoch nicht lange; die letztgenannte sehr mäſsige Affektion ging unter Chromsäurebehandlung rasch zurück. Die Narbe des Primäraffektes blieb andauernd weich.

Über Rückfall der Lues bei dieser Patientin kann ich keinen Bescheid geben, da nach dem Verschwinden der luetischen Symptome die Frau nicht wiederkehrte, seit Jahren habe ich sie auch nicht mehr gesehen.

6. Von einer 19jährigen Bonne wurde ich wegen eines Zungenleidens konsultiert, welches sie schon 5 Wochen lang belästige. Über die Entstehung dieses Übels kann Patientin nichts Bestimmtes sagen; es sei von selbst gekommen. Sie erinnere sich bloſs, eine kleine leicht schmerzende und rasch wachsende Wunde bemerkt zu haben, hätte frühzeitig einen Arzt gefragt. Dieser hätte öfters mit dem Höllensteinstifte geätzt, die Wunde sei dabei aber immer gröſser und empfindlicher geworden. Über das Vorleben befragt, giebt Patientin an, nie hätte sie an den Genitalien ein Leiden bemerkt, von Hautkrankheiten wisse sie nichts. Vor einem Jahr hätte sie zuerst geschlechtlichen Umgang gehabt, aber nur seltenen, über einige Wochen sich erstreckenden, seitdem hätte sie nie wieder irgend eine sexuelle Berührung erfahren.

Das Mädchen ist in einem angesehenen Hause engagiert. Es sieht wohlgenährt und rotwangig aus. Die örtliche Untersuchung ergiebt am linken Zungenrande einen dreieckigen Substanzverlust, die Seiten desselben 2 resp. 1½ cm lang. Das Geschwür hat innerhalb des Dreieckes die Zungenpartie ganz zerstört, was einen seltsamen Anblick gewährt; die bloſsliegenden Teile tragen gelbliche Miſsfärbung, über den Rändern erheben sich wallartig hochrote üppige Granula, ähnlich der Framboësie. Natürlich bluten diese Gebilde sehr leicht. Die Ränder fühlen sich weich an. Die Schmerzen seien mäſsig, nur bei Einnahme von heiſsen Speisen und Getränken lebhafter. Im Munde sonst keine Abnormität, ebensowenig im Rachen. Aber bereits sind die Submaxillardrüsen der entgegengesetzten (rechten) Seite, sodann die Glandulae jugulares der gleichen Seite geschwollen, jedoch spontan und bei Druck fast nicht empfindlich.

Am Rumpfe, an den Extremitäten kein Ausschlag, Kopfhaut ganz rein; Drüsenschwellungen sonst nicht weiter vorhanden. Die Genitalien ohne jegliche Erosion, auch Fluor nicht nachweisbar.

Mit Rücksicht auf die oben geschilderten Symptome, rasch wachsendes Geschwür und indolente Drüsenschwellungen nahm ich luetischen Primäraffekt an. Dem entsprechend ätzte ich sofort mit Sublimat-Spiritus (5 %) und legte Hydrargyrumpflaster auf die geschwellten Drüsen. Rasch reinigte sich dabei das grofse dreieckige Geschwür, welches dann weiters mit fleifsigen Spülungen von verschiedenen Desinficientien und zeitweise mit Kalomel weiter behandelt wurde. Dabei erfolgte schon rasch Besserung und deutliche Tendenz zur Ausfüllung des Substanzverlustes. 14 Tage nach dem Beginn der Behandlung traten einige (4) feuchte Papeln an den grofsen Labien auf, eine in der Analgegend, auch schwollen die Leistendrüsen mäfsig und schmerzlos an. Ferner zeigten sich auf der Kopfhaut drei Pusteln, endlich vergröfserte Jugulardrüsen auch auf der rechten Seite. Von Exanthem am Leibe, auf der Brust, den Gliedern keine Spur. Nun zögerte ich nicht weiter, eine Allgemeinbehandlung einzuleiten; soziale Rücksichten nötigten zur internen Kur mit Hydrargyrum metall.-Pillen. Die Papeln und Pusteln schwanden sofort, rapid ging das primäre Geschwür der Heilung entgegen, trotzdem eine tüchtige Stomatitis für 6 Tage das Weglassen des Specificum veranlafste. Der Darm reagierte auf Hydrargyrum niemals mit Reizung. 4 Wochen nach Beginn der Behandlung war der Primäraffekt völlig geheilt, die wenigen Ausschlagsformen geschwunden, die Drüsen wesentlich zurückgebildet. Die spezifische interne Kur wurde gründlich durchgeführt, Recidiv trat im folgenden Jahre nicht ein, dann habe ich von der Patientin nichts mehr erfahren.

Dafs ein syphilitischer Primäraffekt hier vorgelegen, dürfte kaum zweifelhaft sein. Wie jedoch das Mädchen diesen erworben, darüber konnte ich nichts herausbringen. Es blieb mir also trotz allen Nachforschungen unklar, ob geschlechtliche Verirrung oder irgend ein Zufall das luetische Gift zur Zunge geführt hat, wo es so bedeutende Zerstörung ausübte. Nach der Heilung schien die Beweglichkeit der Zunge unbehindert, jedoch die Sensibilität an der Narbe ziemlich abgestumpft.

II.

Eine kleine, aber merkwürdige syphilitische Endemie.

Wenn ich in folgendem daran gehe, eine kleine Syphilis-Reihe zu schildern, so leitet mich eine doppelte Absicht. Erstens läfst sich daraus ersehen, in welcher Weise und mit welcher Leichtigkeit die Syphilis auch bei den Gebildeten übertragen wird, sodann erscheint mir auch die Mannigfaltigkeit der luetischen Symptome bemerkenswert, je nachdem das ursprüngliche Gift einen neuen Nährboden gefunden. Das für unsere fromme Zeit etwas blasphemische Wort Rineckers bewahrheitet sich eben immer wieder.

1. Eine 20jährige Modistin, vorzüglich aussehend, sucht meinen Rat nach wegen einer Anschwellung der Genitalien. Es findet sich in der That an der rechten kleinen Schamlippe, welche bedeutend verdickt und ödematös erscheint, ein länglichrundes Geschwür. Dasselbe bietet eine frisch-rote, glänzende Oberfläche dar, die Ränder sind etwas derb und erhaben. Die Leistendrüsen bereits in charakteristischer Weise vergröfsert, indolent und zwar auf beiden Seiten. Am Körper keine Spur von Ausschlag. Auf der Unterlippe, etwa in der Mitte, eine kreisrunde Erosion. Die Glandulae cervicales superficiales deutlich vergröfsert zu fühlen. Auf dem Kopfe zerstreut drei kleine Eiterblasen. Fluor ist nicht zu konstatieren.

Die Diagnose mufste natürlich auf syphilitischen Primäraffekt lauten, die weiteren Erscheinungen wiesen zunächst auf eine milde Form der luetischen Allgemeininfektion hin. Der Verlauf der Krankheit blieb auch ein unkomplizierter, leichter. Örtliche Behandlung mit Kalomel brachte das Geschwür in 8 Tagen zur Heilung, hierauf wurde eine spezifische Allgemeinbehandlung eingeleitet, die Papel im Munde, die Pusteln schwanden, die Drüsen verkleinerten sich zusehends. 1/2 Jahr nach dem Aussetzen der (internen) Allgemeinbehandlung trat ein leichter Rückfall ein in Form einiger seichter Geschwüre im Munde und Rachen und etlicher Leukoplakie-Flecken. Schon unter örtlicher Chromsäure-Therapie sind diese Abnormitäten rasch geschwunden. Seitdem sind etwa 9 Jahre vergangen, ich sehe die Patientin oft, erkundige mich regelmäfsig nach etwaigem Recidiv, angeblich ist ein solches nie aufgetreten. Wegen eines akuten, nicht spezifischen Hautleidens hatte ich Patientin vor einigen Jahren kurze Zeit zu behandeln, ihr Aussehen ist vortrefflich, nach ihren Angaben sei sie seither durchaus gesund geblieben.

2. 4 Wochen, nachdem ich zuerst die oben genannte Patientin gesehen, wurde ich von einem 28jährigen Beamten über ein Geschwür konsultiert, welches sich in dem Sulcus coronarius gebildet hatte. Der Patient selbst ist der im vorigen Abschnitte No. 4 mitgenannte Herr. Das Geschwür war rein, ohne Belag, die Ränder fest anliegend und erhaben, auffallend derb, ja so hart, wie selbst an dieser klassischen Stelle selten eine Induration gefunden wird. Die Leistendrüsen vergröfsert und zwar beiderseits, sie schmerzten garnicht. Ich erklärte, dafs die Diagnose bereits feststehe, es sei ein syphilitischer Primäraffekt.

Nun gestand der Patient folgendes: Früher sei er immer gesund gewesen, besonders verschont von irgend einem geschlechtlichen Leiden. Sein Geschwür in der Penisfurche bestände jetzt etwa 4 Wochen. Es befremde ihn dasselbe um so mehr, als er seit 1/2 Jahre ausschliefslich nur mit e i n e m Weibe geschlechtlich verkehrt hätte, nämlich mit der Modistin X. Es war die oben genannte Dame. Diese habe ihn jetzt auch zu mir geschickt, sie hätte auch behauptet, kein Geschlechtsleiden, sondern nur eine unbedeutende Aufschürfung zu haben. In den jüngsten Wochen hatte sich der Patient bereits ärztlich behandeln lassen, erhielt bis jetzt keinen definitiven Bescheid, ob weiches oder hartes Geschwür vorliege, daher war er mit der Anamnese erst herausgerückt, nachdem ich ihm die Diagnose Syphilis deutlich kundgegeben hatte.

Kalomelbehandlung brachte in kaum 2 Wochen das schon in der Benarbung begriffene Geschwür im Sulcus zur Heilung. Aber noch während dieser Behandlung trat in den tieferen Leistendrüsen der rechten Seite eine geradezu kolossale Anschwellung auf und in der Gegend des Septum crurale wölbten sich einige Drüsen so stark hervor, wie man es äufserst selten sieht. Ausschlag zeigte sich gar nicht. Im Mundwinkel und zwar beiderseits trat noch vor Einleitung irgend einer Allgemeinbehandlung je eine Papel auf, die erodierte, etwas schmerzte; eine lebhafte Pharyngitis kam dazu, auf der rechten Mandel ein seichtes Geschwür. Submaxillar- und Glandular-Drüsen schwollen tüchtig an. Patient behauptet, niemals ein derartiges Leiden gehabt zu haben.

Die Einreibungskur mit grauer Salbe brachte alle Symptome der Lues zum völligen Schwinden. Ein halbes Jahr, nachdem dieselbe weggelassen, erlitt Patient zufällig eine Kontusion des rechten Schienbeins und eine Aufschürfung, die er wenig beachtete. Bald bildete sich ein 5 Pfennig Stück grofses mifsfarbiges Geschwür aus; nachdem er mich deshalb konsultiert, empfahl ich graues Pflaster, welches in kurzer Zeit Heilung brachte.

Dieser Patient hat dann weiters, wie unter I. 4 oben ausführlicher geschildert,

seine Braut extragenital infiziert und diese trug als No. 3 in dieser Reihe gewiſs eine ganz abweichende und viel schwerere Syphilis-Form davon.

Noch während der eben erwähnte Patient in meiner Behandlung stand, erzählte er mir, seine erste Freundin, die Modistin X., habe schon wieder einen ständigen Geliebten sich angeschafft; er sei begierig, ob dieser Verehrer ohne Schaden von ihr wegkomme oder nicht. Merkwürdigerweise sollte dieser Verdacht in Bälde als gerechtfertigt erscheinen, wie folgendes beweist:

Etwa ein halbes Jahr, nachdem der oben nuter No. 2 genannte Patient, ein Beamter, in meine Behandlung getreten, stellte sich mir ein etwa 30jähriger Offizier vor, der seit 2 Monaten an einem sich wenig verändernden schwachen Ausfluſs aus der Harnröhre litt. Der Patient gab an, schon ein Mal — vor 6 Jahren — an einem tüchtigen Tripper laboriert zu haben, jedoch sei dieser völlig verschwunden gewesen, auch nach Excessen in baccho et venere wäre nie mehr ein Ausfluſs zum Vorschein gekommen. Der jetzt bestehende Fluſs sei vor 8 Wochen entstanden, ursprünglich etwas grünlich eitrig gewesen, bald wurde er gelb und geringer, schwinde aber nicht trotz verschiedener Injektionen, die ihm von ärztlicher Seite verordnet wurden. Sein geschlechtlicher Verkehr in den letzten 6 Monaten hätte immer nur mit seiner Geliebten, einer Modistin X., stattgefunden; diese behaupte, nicht an Fluor zu leiden, hätte ihn zur Bestätigung an mich gewiesen. Daſs das Mädchen noch einen weiteren geschlechtlichen Verkehr habe, glaube er nicht annehmen zu dürfen.

Nach dieser Anamnese waren für mich gewisse Anhaltspunkte für die Diagnose von vorne herein gegeben. Es bestand der Urinbeschaffenheit nach eine Urethritis anterior, das Sekret war mäſsig, gelblich gefärbt, enthielt keine Gonokokken, überhaupt keine Bakterien, nur Epithelien der Urethra und Eiterkörperchen wurden in den Präparaten regelmäſsig gefunden.

Die Palpation läſst 4 cm hinter dem Orificium externum einen linsengroſsen Knoten von derber Konsistenz erkennen. Die Leistendrüsen sind geschwellt, schmerzlos. Diese Vergröſserung war dem Patienten garnicht aufgefallen. Am ganzen übrigen Körper nichts Abnormes. Namentlich ist am Penis selbst weder Wunde, noch Narbe eines Geschwürs zu entdecken. Der Patient will auch von beiden nichts gesehen haben.

Das Endoskop (Tubus No. 26) dringt leicht durch das weite Orificium externum, erfährt aber in einer Entfernung von 4 cm, entsprechend dem auſsen schon fühlbaren Knoten, ein etwas empfindliches, jedoch zu überwindendes Hindernis. Hier erkennt man denn auch eine ovale, etwas über die Urethral-Schleimhaut hervorragende bläulich rote 2 Erbsen groſse Stelle, die sich mit scharfem Rande absetzt von der Umgebung. Sie blutet leicht, hat auch in der Mitte einen nicht abwischbaren gelblichen Belag. Diese Erosion erscheint vermöge ihres Aussehens, ihrer Härte, bei den bestehenden indolenten Drüsenschwellungen nicht als ein gewöhnlicher, etwa von Herpes herrührender Substanzverlust, sondern als Primäraffekt, übertragen durch die luetische Geliebte des Patienten. Natürlich durfte ich demselben die volle Aufklärung nicht geben.

Auch der Erfolg der Therapie bestätigte die Richtigkeit der Auffassung.

Pinselungen mit Sublimatspiritus (1 %), Spülungen mit Sublimat (0,1 : 2000) brachten sehr bald die Absonderung zum Verschwinden. Auf die Drüsen hatte ich graues Pflaster gegeben. Als Allgemeinbehandlung wurde die Einreibungskur verwendet. Dabei gingen die Drüsen zurück und schwand nach 3 Wochen jede Härte in der Gegend des Primäraffekts vollkommen. Bald darauf stellte sich der Patient nicht mehr vor; ich nehme an, daſs er viel zu früh die empfohlene Kur unterbrochen hat; auch in späteren Jahren kam er mir nicht mehr zu Gesicht.

Ein Jahr später lernte ich zufällig einen neuen Verehrer von Frl. X. kennen, einen Künstler, mit dem ich schon seit Jahren bekannt war. Er rühmte die Sinnlichkeit seiner derzeitigen Geliebten, gab etliche Details, welche mir bald zeigten, dafs die Gerühmte eben meine frühere Patientin X. sei. Dieser Herr scheint aber nicht mehr infiziert worden zu sein. Ich glaube, er würde im Laufe der nächsten Jahre, da ich ihn öfters traf, doch etwas erwähnt haben, wenn er krank geworden wäre, auch deutete sein Aussehen nie darauf hin. Natürlich erlaubte mir das Berufsgeheimnis nicht, all zu viel zu forschen. Ob Zeit und Behandlung oder ob schon der Zufall den zuletzt genannten Liebhaber geschützt haben — das soll an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden.

III.

Bemerkungen zum Baumèsschen Gesetz.

Dieses Gesetz, welches man ursprünglich nach Abraham Colles, einem irischen Arzte benannt hat, mufs nach den genaueren Angaben von Morel-Lavallée und Fournier mit Recht nach Baumès genannt werden, der es eigentlich erst formuliert hat. Es besagt bekanntlich folgendes:

Das vom syphilitischen Vater gezeugte syphilitische Kind infiziert nie seine Mutter.

Während man wohl allgemein die Richtigkeit dieses Erfahrungssatzes zugiebt, herrscht über die Erklärung der merkwürdigen Thatsache nichts weniger als Übereinstimmung. Besonders zwei verschiedene Ansichten treten hervor. Ein Teil der Autoren behauptet mit Fournier, die einfache Lösung sei darin gegeben: Die Mütter würden von ihren syphilitischen Kindern nicht angesteckt, weil sie bereits syphilitisch wären. Freilich sei diese Form von Syphilis eine eigentümliche (platonische nach Fournier), mache zunächst keine Symptome, die Frauen bleiben anscheinend Jahrzehnte lang wohl (konzeptionelle latente Form), aber in gewissen Fällen seien später doch Zeichen von luetischer Erkrankung beobachtet worden (konzeptionelle tardive Syphilis). Dabei mufs aber doch Fournier die Möglichkeit zugeben, dafs syphilitische Erscheinungen garnicht auftreten, er mufs eine Latenz von unbegrenzter Dauer annehmen. Diesen Autoren gegenüber behaupten andere, besonders Finger, zum Teil auch wohl E. von Düring, dafs diese Mütter nicht syphilitisch, wohl aber gegen die Syphilis immun geworden seien. Und diese Immunität liefse sich also erklären: Das Virus der Syphilis geht vom Fötus nicht auf die Mutter über, da die gesunde Placenta wie ein Filter wirkt, welches organisierte Materien nicht passieren läfst; dagegen sind die Stoffwechselprodukte, die vom Syphilis-Virus im kindlichen Organismus produziert wurden, auf dem Wege placentarer Cirkulation in den Stoffwechsel der Mutter, ihren Organismus aufgenommen worden, die Mutter hat also die Intoxikation mit den Toxinen der Syphilis durchgemacht und dadurch ist sie immun gegenüber der Syphilis ihres Kindes. Ich möchte nun

sagen, daſs die letztere Erklärung mir viel eher zusagt als die erstere, und daſs die klinischen Beobachtungen, die auf diesem Gebiete existieren, sich wohl damit in Einklang bringen lassen. Selbst die Ausnahmen vom Baumèsschen Gesetz bilden dieser Erklärung gegenüber keine Schwierigkeit. Wir können dann annehmen, daſs in diesen Fällen zu wenig von den Toxinen ins mütterliche Blut überging, um Immunität zu erzeugen.

Vor mehreren Jahren habe ich nun einen merkwürdigen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt, der nach meiner Ansicht viel eher dadurch sich begreifen läſst, daſs wir annehmen: die Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes ist nicht syphilitisch, sondern immun.

Um verschiedenen Einwänden zu begegnen, sei zunächst der Fall selbst genau beschrieben:

Ein Kaufmann, 30 Jahre alt, zieht sich einige Wochen nach einem verdächtigen Coitus ein hartes Geschwür im Sulcus coronarius zu. Anschwellung der beiderseitigen Leistendrüsen, Auftreten eines allgemeinen fleckigen Ausschlages auf dem Rumpf und den Extremitäten, Schwellung der Halsdrüsen, Geschwüre im Munde sichern die Diagnose Syphilis, welche in einer dermatologischen Universitäts-Klinik in Österreich gestellt wurde. Der Patient wurde dann auch 6 Wochen lang dortselbst mit Einreibungen von grauer Salbe behandelt, alle Erscheinungen von Syphilis schwanden. Der Mann siedelte nach München über und erfuhr 7 Monate nach dem Auftreten des Primäraffektes ein Recidiv, weswegen er in meine Behandlung trat. Es bestanden Geschwüre im Munde und Rachen, eine Anzahl Pusteln auf dem Kopfe, Schwellung von Cervical-Drüsen und als auffälligstes Symptom ein doppelseitiges papulöses schuppiges Syphilid in der Hohlhand (Psoriasis syphilitica). Letzteres war bald beseitigt, auch die Eiterbläschen auf dem Kopfe schwanden in Kürze, nur die Erosionen und Geschwüre im Munde und Rachen wollten nicht heilen trotz der sonst so erfolgreichen Chromsäurebepinselungen. Die Schuld lag an dem Patienten, welcher als leidenschaftlicher Raucher durch seine 30—40 Cigarretten pro die die wunden Stellen ständig reizte. Erst als ich denselben so weit brachte, diesen Tabackskonsum erheblich einzuschränken, heilten Erosionen und Geschwüre bald und bildeten sich die geschwollenen Drüsen zurück. So waren unterdessen 2 weitere Monate vergangen. Trotz meinen wiederholten Warnungen knüpfte Patient jetzt ein Verhältnis mit einem jungen Mädchen an, das bis dahin ganz unbescholten und ohne geschlechtliche Beziehungen geblieben war. Der Zufall wollte, daſs ich das Paar täglich sehen und beobachten konnte. Wie vorauszusehen war, so kam es. Der sehr gewandte gewissenlose Mann wuſste das Mädchen sehr bald zum geschlechtlichen Verkehr zu bringen, angeblich benutzte er zuerst Präservativs, später aber nicht mehr. Nachdem so 3 Monate geschlechtlichen Verkehrs vorüber gezogen waren, konzipierte das Mädchen; ich konnte konstatieren, daſs die ersten 6 Monate der Schwangerschaft leicht verliefen, das Aussehen blieb gut; auch die übrigen 3 Monate haben wohl darin nichts geändert. Zur normalen Zeit kam dann das Mädchen leicht nieder und gebar ein reifes, mittelstarkes lebendes Kind. Aber Rhinitis syphilitica und Papeln am After zeugten bald von der väterlichen und ererbten Lues, während die Mutter in kürzester Zeit von den Anstrengungen des Wochenbettes sich erholte. Nichts deutete bei ihr auf irgend eine spezifische Infektion. Unter örtlicher Behandlung mit Kalomel und Anwendung von Sublimatbädern verloren sich beim Kinde Papeln, besserte sich die Rhinitis. Die Ernährung wurde mit Kuhmilch durchgeführt, es trat keine Verdauungs-

störung ein. Trotzdem stellte sich etwa 6 Wochen nach der Geburt bei dem Kinde ein Kollapszustand ein, dessen direkte Ursache nicht klar wurde. Sektion konnte nicht vorgenommen werden. Die Mutter blieb auch weiters gesund, sah blühend aus und kehrte in ihre alte Dienststellung zurück. 6 Monate nach der Entbindung hatte das Mädchen auch noch nicht im geringsten zu klagen gehabt. Geschlechtliche Beziehungen wurden nicht mehr aufgenommen, da das Mädchen mit dem Geliebten sich entzweit hatte, der ihr ursprünglich die Ehe versprochen. Plötzlich erfuhr die bisher schon Getäuschte, dafs ihr früherer Liebhaber mit einem anderen Mädchen so gut wie verlobt sei. Diese Nachricht regte das hintergangene Mädchen furchtbar auf, es begab sich zu dem ehemaligen Geliebten und machte ihm heftige Vorwürfe, weil er sich überhaupt weder um die Geliebte, noch das Kind jemals gekümmert hätte. Der Mann suchte die Aufgeregte zu beschwichtigen, leugnete die ihm nachgesagte Verlobung, versicherte neuerdings seine Liebe — und ein Coitus besiegelte die gegenseitige Vergebung. Aber schon wenige Tage später erfuhr das Mädchen, dafs ihr Geliebter dennoch mit einer anderen sich definitiv verlobt habe. Nun wurde von ihr jegliche Beziehung mit dem Manne für immer abgebrochen. Aber 3 Wochen nach dem Coitus verspürte das Mädchen eine Anschwellung der rechten Schamlippe. Durch kühlende Umschläge suchte die Patientin die Schwellung zu beseitigen — es gelang nicht, weshalb sie sich von mir untersuchen liefs. Ich fand nun an der rechten grofsen Schamlippe und zwar in der Mitte ein seichtes lebhaft glänzendes ovales Geschwür von etwa 3/4 cm Länge, 1/2 cm Breite, die Ränder etwas derb, die ganze Lippe kolossal angeschwollen. Unter entsprechender örtlicher Behandlung (Kalomel, graues Pflaster) erfolgte in 14 Tagen Heilung. Aber unmittelbar nachher schwollen die Leistendrüsen schmerzlos und in charakteristischer Art an, einige Wochen später trat am Rumpfe und an den Armen ein deutliches makulöses Exanthem auf, spezifische Pharyngitis und Laryngitis stellten sich ein, aufserdem einige seichte symmetrische Geschwüre in der Mitte der Wangenschleimhaut. Die Haare gingen stark aus, was sonst noch nie der Fall gewesen. Das Allgemeinbefinden litt wesentlich, das Aussehen wurde ein schlechtes. Es unterlag für mich unter diesen Zeichen keinem Zweifel, dafs hier ein syphilitischer Primäraffekt vorgelegen und dann sekundäre luetische Erscheinungen hinzugetreten seien. Nach allem, was ich von dem Benehmen und der Vergangenheit des Mädchens wufste, hatte ich keinen Zweifel, dafs die Anamnese wahrheitsgetreu geschildert worden; der Verlauf des Ganzen sprach auch für die Richtigkeit der Ansicht, dafs das Mädchen erst durch den letzten Coitus mit ihrem noch luetischen Freunde syphilitisch infiziert worden sei. Die hierauf eingeleitete antisyphilitische Behandlung mit Hydrargyrum brachte alle Symptome in ca. 6 Wochen völlig zum Schwinden. Ich konnte hierauf die Patientin noch Jahre lang beobachten, sie bekam etwa 1/2 Jahr später einige Geschwüre im Munde, welche schon auf örtliche Behandlung hin rasch heilten. Diese Patientin heiratete später 3 Jahre nach ihrer Infektion einen anderen Mann, hat aber bis jetzt trotz 3jähriger Ehe nicht mehr konzipiert, jedoch angeblich keinen Rückfall mehr erlitten, auch den Mann nicht infiziert. Ihr früherer Geliebter hat bald nach der oben erwähnten Verlobung geheiratet und mit seiner Frau etwa 1 Jahr später einem gesunden, kräftigen Knaben gezeugt, welcher noch lebt.

Wenn wir nun diesen Fall kurz überblicken, so finden wir: Ein syphilitischer Mann erzeugt mit einem gesunden Weibe ein syphilitisches Kind. Die Mutter zeigt während der Schwangerschaft niemals ein Zeichen von Syphilis, sie stillt ihr Kind wohl nicht, pflegt und liebkost es aber und wird trotzdem nicht infiziert. Diese Thatsache könnte man anschei-

nend für die Ansicht FOURNIERS verwerten: „Die Mutter wird nicht infiziert, weil sie eben schon syphilitisch ist". Damit stimmt aber der weitere Verlauf sicherlich nicht überein. Denn die betreffende Mutter wurde merkwürdiger Weise vom Vater ihres Kindes nachträglich infiziert, war also vorher — in und nach der Schwangerschaft — nicht syphilitisch. Höchsten müfste man die Einwendung bringen, dafs auch in diesem Falle eine Reinfektion stattgefunden. Nun ist ja Reinfektion überhaupt höchst selten, von mancher Seite wird sie sogar geleugnet; auch der Zeitpunkt hierfür erscheint hier problematisch; schon ½ Jahr nach der Entbindung, 4 Monate nach dem Tode des Kindes, müfste die Mutter die erste Syphilis verloren haben. Liegt es da nicht näher, an eine Immunität gegenüber der kindlichen Syphilis zu denken? Vom Virus der Syphilis wissen wir mit Sicherheit, dafs es in vielen Fällen Jahrzehnte hindurch im Körper bleiben und manche Verheerungen daselbst anrichten kann. Von den Toxinen dieses Giftes läfst sich aber ein früheres Ausscheiden, ein vielleicht schon nach Monaten erfolgendes, eher vorstellen, daher möchten wir behaupten: Die Mutter des syphilitischen Kindes wurde immun, verlor diese Immunität bald, dann konnte sie leicht luetisch infiziert werden. Es liefse sich noch die Frage aufwerfen: Liegt hier eine Ausnahme vom BAUMÈSschen Gesetz vor oder mit anderen Worten: Ist die Mutter jeder Einwirkung von seiten des Fötus entgangen, so dafs dieses Kind sie später hätte infizieren können? Ich möchte hier verneinend antworten. Denn faktisch hat sich die Mutter während der Pflege des Kindes rücksichtslos der Infektion ausgesetzt und wurde nicht infiziert.

Den Einwand vermag ich gelten zu lassen, dafs immerhin der Zufall eine eigenartige Rolle gespielt hat. Das Mädchen verkehrte Monate hindurch mit einem luetischen Manne und wurde nicht angesteckt; später aber, da doch ein Zeitraum von etwa 1 Jahr das syphilitische Gift des Mannes hätte schwächen sollen, wird das Weib gleich beim ersten Coitus mit demselben Manne deutlich infiziert. Dies läfst sich begreifen, solche Vorkommnisse mögen ab und zu sich ereignen. Für die Thatsache aber, dafs die Mutter von ihrem luetischen Kinde nicht infiziert wurde, obwohl sie so lange und intim es pflegte, dafür möchte ich nicht den Zufall, sondern die Immunität der Mutter als Ursache in den Vordergrund stellen.

Ein neuer Beitrag zur Frage der Altertumssyphilis.

Von

Dr. IWAN BLOCH-Berlin.

„Wo und wie das syphilitische Gift entstanden, woher es kam, ob es aus dem Kerngehäuse des biblischen Apfels entsprungen, den unsere Mutter Eva dem paradiesischen Adam reichte, oder ob es, wie MICHAELIS meint, der heidnischen Pandorabüchse entquoll, das wissen die Götter. Die Syphilis kommt wie die Liebe, wie die poetische Begeisterung.“ Mit diesen euphemistischen Worten des trefflichen HERMANN ZEISSL haben sich gewiſs viele getröstet, die des jahrhundertelangen Streites über die Herkunft der Syphilis müde waren, und denen es schlieſslich gleichgültig war, ob sie von der Urväter Sünde und Lastern ihren Ursprung genommen oder das fürchterliche Danaergeschenk der Neuen Welt an die Alte gewesen ist, der unheilvolle Preis, der für des COLUMBUS weltumgestaltende Entdeckung bezahlt werden muſste.

Das unerbittliche Fatum, das in diesen beiden Gedanken einen oftmals elegischen Ausdruck fand, erkennen wir nicht mehr an, und der Hauch der Poesie, mit dem FRACASTOROs Genius die Syphilis umgeben hat, berührt uns nicht mehr. Nur das dem modernen Menschen und besonders dem Naturforscher mehr als früher zum Bewuſstsein gekommene Kausalitätsbedürfnis zwingt uns immer wieder, nicht nur die Krankheit selbst, sondern auch ihre Geschichte als einen natürlichen Vorgang in einer möglichst lückenlosen Entwickelungsreihe uns vor Augen zu führen. Und gerade in den letzten Jahren hat die Frage nach dem Ursprunge der Syphilis, nachdem sie Jahre lang geruht hatte oder vielmehr endgültig gelöst zu sein schien, wieder die Geister beschäftigt, unter ihnen einen so erlesenen wie den unseres VIRCHOW. Die Monumentalwerke eines ROSENBAUM und PROKSCH, beide in ihrer Art bewunderungswürdig, schienen für immer die überhaupt sehr spärlichen Gegner der Altertumssyphilis zum Schweigen gebracht zu haben. Die Existenz der Syphilis im Altertum war zu einem Dogma erhoben worden, obgleich man heute noch ebenso vergebens in den Schriften der Alten nach unserer jetzigen Syphilis sucht, wie man dies früher gethan hat, und obgleich selbst der unerschöpfliche Boden Ägyptens, der uns in den letzten zehn Jahren so viele überraschende Funde aus dem Altertum gespendet hat, die Syphilis nicht zu Tage förderte.

Wer die klassischen Werke von ROSENBAUM und PROKSCH kennt, der wird meine Äuſserung verstehen, daſs wir es hier mit einem Dogma, gewissermaſsen mit einem Glaubenssatz zu thun haben.

Beide Bücher sind Tendenzschriften, freilich im besten Sinne des Wortes. Beim Lesen hat man auf jeder Seite die Empfindung, daſs hier von der Prämisse der Existenz der Syphilis im Altertum ausgegangen wird und nach dieser alle Beweise gruppiert werden, ohne daſs jemals eine objektive Gegenüberstellung aller dieser Meinung entgegenstehenden Thatsachen versucht wird. Während ROSENBAUM die so wichtige erste Epidemie des 15. Jahrhunderts überhaupt nicht in den Kreis seiner Betrachtungen zieht, also gewissermaſsen die „Altertumssyphilis" vollständig a priori konstruiert, fehlt bei PROKSCH der wichtigste und zuverlässigste Gewährsmann jener ersten Periode, LAS CASAS, gänzlich! Dessen bestimmte, unzweideutige Aussage allein ist geeignet, die Theorie der Altertumssyphilis arg zu erschüttern. Ihm haben die Indianer auf wiederholte Anfragen stets die Antwort gegeben, daſs die Syphilis seit uralter Zeit bei ihnen einheimisch gewesen sei. Und die Mythen der centralamerikanischen Völker bestätigen dies.[1] Auf keinen Fall darf man in einer Geschichte der Syphilis einen Zeugen wie LAS CASAS ganz mit Stillschweigen übergehen. Auch die Historiker und nicht bloſs diese sollen das beherzigen, was PLATO im Eingange des „ION" als methodisches Prinzip verkündigt. Dort fragt SOKRATES mit leiser Ironie den ephesischen Rhapsoden ION, ob er bloſs den HOMEROS oder auch die anderen Dichter verstehe. „Bloſs den HOMEROS verstehe ich," antwortet der Gefragte, „die anderen Dichter aber nur, wenn sie dasselbe sagen, was HOMER besungen hat." Denn „sie haben nicht so gedichtet wie HOMEROS." Worauf ihm SOKRATES antwortet: *Οὐκοῦν εἴπερ τὸν εὖ λέγοντα γιγνώσκεις, καὶ τοὺς χεῖρον λέγοντας γικνώσκοις ἂν, ὅτι χεῖρον λέγουσιν.*

Wenn wir in Beziehung auf die Frage der Altertumssyphilis zu positiven und einwandsfreien Resultaten kommen wollen, so haben wir uns zunächst jeder Vorliebe für eine bestimmte Ansicht zu enthalten und vor allem auch die in Beziehung auf diese Ansicht *χεῖρον λέγοντας* zu befragen. Das ist nun in letzter Zeit in erfreulicher Weise geschehen und damit die Möglichkeit einer sicheren Beantwortung der Frage nach dem Ursprunge der Syphilis näher gerückt. Nachdem BINZ, damals noch ein Prediger in der Wüste, die alten Beweise gegen die Existenz der Altertumssyphilis wieder zusammengestellt hatte,[2] hat UNNA in einer scharfsinnigen

[1] Vergl. hierzu E. SELER, Über den Ursprung der Syphilis. *Zeitschr. f. Ethnologie.* 1895. Heft 5, pag. 449 ff.

[2] BINZ, Die Einschleppung der Syphilis in Europa. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1893. No. 44.

Rezension des Werkes von PROKSCH[3] ebenfalls sich sehr skeptisch über die angebliche Beschreibung der Syphilis bei alten Schriftstellern ausgesprochen. In demselben Jahre (1895) hielt E. SELER in der Berliner anthropologischen Gesellschaft einen Vortrag,[4] der manches Neue brachte und jedenfalls die höchste Beachtung verdient, weil in demselben die ersten authentischen mexikanischen Dokumente aus aztekischer Zeit mit Schilderungen einer syphilisähnlichen Krankheit dem Historiker zur Beurteilung dargeboten werden. Endlich hat in dieser Zeitschrift[5] ein japanischer Kollege, Dr. TATSUHIKO OKAMURA, die Lehre vom Altertum der Syphilis in Japan als unzutreffend zurückgewiesen. Seine Ansicht „geht mit derjenigen der meisten älteren japanischen und chinesischen Autoren dahin, daſs die Syphilis erst um die Mitte des 16. Jahrhunderts nach China und Japan eingeschleppt worden sei.“[2a]

Dies stimmt überein mit dem Nachweis, den VIRCHOW[6] geführt hat, daſs die Syphilis auf den Philippinen erst nach der Ankunft der Portugiesen aufgetreten ist, daher auch als „portugiesische Krankheit“ bezeichnet wurde.

Aber auch nach Indien ist die Krankheit erst in der Neuzeit gekommen. — Im Verzeichnis der Sanskrithandschriften der Königlichen Bibliothek zu Berlin von Dr. A. WEBER[7] findet sich unter No. 996 die Inhaltsangabe eines medizinischen Kommentars über die „Phirangi roga“, die „Frankenkrankheit“. Die Handschrift stammt nach Angabe von Prof. A. WEBER und Prof. GELDNER höchstwahrscheinlich aus dem 16. Jahrhundert. Es geht aus der Inhaltsangabe, welche ich hier gebe, schon unzweifelhaft hervor, daſs es sich um eine für die Inder der damaligen Zeit neue Krankheit handelt. Sobald meine Sanskritstudien weiter fortgeschritten sein werden, habe ich die Absicht, das auf der hiesigen Bibliothek aufbewahrte, zehn Seiten umfassende Original, näher zu prüfen und zu übersetzen. Die folgende Übersetzung der im Handschriftenkatalog verzeichneten Worte hat mir Herr Dr. GELDNER, a. o. Professor des Sanskrit an der Universität Berlin, freundlichst zur Verfügung gestellt.

„Also das „Mahumam“ (arab. Wort), welches „upadança“ (Anschwellung) beseitigt. Das „Mahlama“ (arab.), das alle Schäden beseitigt. Also die Räucherung (dhûmah), die beseitigt das Produkt der Franken (phiran-

---

[2a] Anmerkung bei der Korrektur: Auch C. v. LIEBERMEISTER ist ein Gegner der Annahme von der Altertumssyphilis („*Vorlesungen über spez. Path. u. Therapie.*“ Leipzig, 1894. Bd. I, pag. 253 ff., Bd. V, pag. 449).

[3] Diese Zeitschrift. Bd. XX, No. 8, pag. 441 ff.

[4] l. c.

[5] Bd. XXVIII, No. 6, pag. 295 ff.

[6] VIRCHOW, Das Alter der Syphilis in Ostasien. *Virchows Archiv.* 1871. Bd. 53, pag. 137 ff.

[7] Bd. I, Berlin 1853, pag. 305.

gavitrâranâçano). Nunmehr folgt das Symptom des Ursprungs der Franken. Weil sie in dem Franken genannten Lande (phirangasamjnake deçe) sehr häufig vorkommt, deshalb wird sie so genannt von den der Krankheit Kundigen. Diese Krankheit erscheint plötzlich durch allzu starke Berührung mit einem „Fränkischen“ oder durch Verkehr mit einer „fränkischen“ Frau. Denn es ist eine von aufsen kommende (Infektions) Krankheit.“

Noch heute heifst die Syphilis in Indien die „Phirangiroga“. Vor dem 16. Jahrhundert ist das Wort nicht nachweisbar, und ebenso wenig Beschreibungen der Krankheit. Hierüber hat schon Wise ausführliche Nachrichten gegeben.[8] In dem vorstehenden medizinischen Traktat ist offenbar von einer neuen Krankheit die Rede. „Franken“ hiefsen bei den Indern die fernen Westvölker, vor allem die Portugiesen, und zwar erst (nach Mitteilung der Professoren Weber und Geldner) in neuerer Zeit. Es hat also sicher die Bezeichnung „Frankenkrankheit“ mit dem europäischen „Morbus gallicus“ oder „Franzosenkrankheit“ nichts zu thun, in dem Sinne, als ob es sich hier um eine Erborgung eines fremden Namens für eine alte, einheimische Krankheit handele. Die „Frankenkrankheit“ ist die Krankheit, welche die „Franken“ (Portugiesen) nach Indien gebracht haben.[9] Diese wichtige neue Thatsache zur Geschichte der Syphilis sei einstweilen mitgeteilt. Den vollständigen medizinischen Traktat gedenke ich in Bälde in einer Übersetzung vorzulegen.

Allmählich lichtet sich das Dunkel, welches über der Wanderung der Syphilis auf der Erde bisher geruht hat. Wenn die einzelnen Etappen festgestellt sein werden, dann wird sich auch über die Existenz der „Altertumssyphilis“ ein abschliefsendes Wort sagen lassen. Nicht blofs die Götter können wissen, woher die Syphilis kam.

Berlin, den 6. April 1899.

---

[8] Th. A. Wise, Commentary on the Hindu System of medicine. London 1860, pag. 377 ff.

[9] Auch kommt sie in dem Frankenlande „sehr häufig“ vor, war also damals in Indien noch selten.

Aus der Praxis.

Unguentum pomadinum aromaticum.

Von

P. G. Unna.

Es läſst sich nicht leugnen, daſs in der Rezeptur der von uns täglich gebrauchten Pomadengrundlagen eine gewisse Monotonie herrscht, die nicht etwa auf wissenschaftlicher Erkenntnis und einem darauf sich gründenden, starren Festhalten an dem Notwendigen und Besten beruht, sondern vielmehr auf jener vis inertiae, die uns veranlaſst, lieber auf ausgetretenen, bequemen Bahnen zu wandeln, als uns neue und bessere zu suchen. Ich kann ein Liedchen hiervon mitsingen, da ich 17 Jahre lang die von mir eingeführte und s. Z. allseitig als ein Fortschritt begrüſste Schwefel-Kakaobuttersalbe [1] als universelle Pomadengrundlage in meiner Praxis festgehalten habe, obwohl im Laufe der Zeiten manche Mängel derselben zu Tage traten.

Es waren hauptsächlich drei gute Eigenschaften dieser Fettmischung, welche derselben unter Ärzten und Patienten Freunde warben. Zunächst gehört die Kakaobutter zu den Fetten, die nur schwer ranzig werden und daher keines antiseptischen Zusatzes bedürfen. Sodann — und dieses ist ihre Haupttugend — hat sie die seltene Eigenschaft, daſs, trotzdem ihr Schmelzpunkt (34° C.) und Erstarrungspunkt ($20^1/_2$° C.) sehr niedrig sind, ihre Konsistenz eine wachsartige ist,[2] sodaſs eine damit hergestellte Pomade in der Kruke fest ist, in der warmen Hand sofort schmilzt und auf der etwas kühleren Kopfhaut rasch wieder hart wird. Endlich besitzt sie einen ziemlich starken und nicht unangenehmen Geruch, der jede weitere Parfümierung der Pomade unnötig macht und — was so oft energisch gewünscht wird — nicht an den Friseurladen erinnert. Kein Wunder also, daſs diese Pomadengrundlage die früher gebräuchlichen Pomaden aus Ochsenmark teilweise verdrängte, sich — ein sehr angenehmes Einfettungsmittel der nackten Haut — als Salbengrundlage sonst noch einbürgerte und kein Zweifel, daſs sie trotz gewisser Mängel auch in Zukunft einen ehrenvollen Platz behaupten wird.

Hauptsächlich war es nun eben derselbe kräftige Geruch, der sich für einzelne Personen als unangenehm, ja unerträglich erwies; bei den

---

[1] Mitgeteilt unter Ung. pomadinum. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 10, pag. 31.
[2] S. Unna, *Therap. Monatsh.* 1887. Juniheft.

Bemühungen aber, ihn durch ein anderes Parfum zu verdecken oder zu verbessern, stellte es sich heraus, dafs er geradezu unverbesserlich ist, dauerhafter als alle Zusätze und weniger unangenehm als alle Kompositionen; er will durchaus als solcher genossen sein. Sodann befriedigte die Kakaobuttersalbe, trotz ihrer geradezu einzigen Konsistenzverhältnisse, noch lange nicht das Bedürfnis der heutigen Damenwelt nach „nicht fettigen und nicht einfettenden Pomaden“ — dem lucus a non lucendo. Besonders das Stirnkopfhaar soll — allen antiseborrhoischen Kuren zum Trotz — bei Tage immer hübsch kraus und uneingefettet erscheinen. Endlich bedarf auch der Arzt aus suggestiven und anderen Rücksichten hin und wieder einer Rezeptvariation, insbesondere wo es sich um ein derart durch seinen Geruch gestempeltes Objekt handelt.

Meine vis inertiae überwindend ging ich aus diesen Gründen endlich vor zwei Jahren auf die Suche nach einer neuen Pomadengrundlage, welche die folgenden zwei Bedürfnisse auf einmal befriedigen sollte:

1. Die Pomade sollte fettig auf den Haarboden gelangen, die Haare aber nicht einfetten.

2. Der Geruch durfte wie bei der Kakaobuttersalbe nicht an den Friseurladen erinnern; er sollte angenehm, schwach und modifizierbar sein und womöglich einen antiseptischen Zusatz überflüssig machen.

Was zunächst den Träger eines solchen Geruches anlangt, so glaube ich ihn in der Tinctura aromatica der Pharmakopoe gefunden zu haben. Ihre Zusammensetzung ist die folgende:

Zimmt	5
Ingwer	2
Galgantwurzel	1
Gewürznelken	1
Cardamom	1
Verdünnter Weingeist	50.

Wenn man dieselbe im warmen Mörser langsam an Fette bindet, resultiert ein zarter, den meisten Menschen sehr angenehmer, erfrischender Geruch, der keine Ideenassociation mit „mille fleurs“ zuläfst, aber durch ätherische Öle doch noch beliebig modifiziert werden kann. Zu gleicher Zeit schützt der Zusatz die Fette vor dem Ranzigwerden. Da in der Tinktur, wie sie vorliegt, nur drei Ingredienzien hauptsächlich Riechstoffe sind (Zimmt, Nelken, Cardamom), so versuchte ich eine blofs aus diesen bereitete stärkere Tinktur an die Stelle zu setzen; der Geruch der Pomade war aber weniger milde und angenehm und so ging ich zu der offizinellen Tinktur zurück.

Die einfachste Vorschrift für ein solches Unguentum pomadinum aromaticum lautet:

Tinct. aromat. 20,0
Ungt. cereum (Cera alba paratum) 80,0.
Mf. ungt.

Es fragt sich nun, wie man dieser Pomadengrundlage, die eine durchaus fettige Beschaffenheit besitzt und auch dort, wo sie bei Tage vorsichtig nur in die gescheitelte Kopfhaut eingerieben wird, nachts das Haar wie jede Fettpomade durchfettet, ihre das Haar einfettende Eigenschaft benehmen kann. Auch für diese Frage habe ich eine einfache Lösung gefunden; es genügt nämlich ein 20%iger Zusatz von Gelanth, um die auf dem Scheitel eingeriebene Pomade daselbst alsbald antrocknen zu lassen, womit die Möglichkeit einer nachträglichen Einfettung des Haares aufgehoben ist. Die Erfahrung hat gezeigt, daſs ein so geringer Ersatz eines Teiles des Fettes durch Gelanth der Wirksamkeit der inkorporierten Medikamente (Schwefel, Resorcin, Pyraloxin, Kantharidin) nicht im mindesten Eintrag thut. Die Vorschrift für die entsprechende Modifikation der aromatischen Pomade lautet:

Unguentum pomadinum aromaticum cum Gelantho:
Tinct. aromat., Gelanth. ää 20,0
Ungt. cereum (Cera alba paratum) 60,0.

Mit dieser Pomadengrundlage sind denn nun auch die fettscheuesten Patientinnen im letzten Jahre sehr zufrieden gewesen. Man kann, ohne auf aktiven oder passiven Widerstand zu stoſsen, den bei seborrhoischen Prozessen gewöhnlich am meisten befallenen Vorderkopf unausgesetzt behandeln, ohne daſs „die Frisur leidet", und dieser Umstand erweist sich für die Durchführung einer jeden solchen Kur wichtig genug.

Nur ein Mangel macht sich auch noch bei dieser Pomadengrundlage und zwar dann fühlbar, wenn man mit den Einreibungen von Pomaden regelmäſsige Waschungen des Kopfes verbindet, etwa so, daſs jeden zweiten oder dritten Tag zuerst gewaschen und dann die Pomade eingerieben wird. Durch das Waschen mit seifehaltigen Waschwässern wird nämlich das Haar entfettet und um so mehr, je feiner es ist. Der nach dem Trocknen durch sie hindurchfahrende Kamm macht diese fettlosen, feinen Haare ungewöhnlich stark elektrisch, sodaſs sie wie die Goldplättchen eines Elektroskops auseinanderfliegen und sich zum Ärger der Patientinnen nicht in die Frisur fügen wollen. Genau genommen macht sich dieser Umstand in ärgerlicher Weise aber nur am Hinterkopfe an den langen Haaren geltend, während die krause Beschaffenheit der trockenen Haare am Vorderkopfe gerne in den Kauf genommen wird, auch wenn diese sich nicht gut durchkämmen lassen. Während nun früher das Auftragen einer reinen Fettpomade genügte, um das lange Haar kammgerecht zu machen, bleibt es bei der hier empfohlenen, trocknenden Pomade nach dem Waschen eben zu trocken.

Man kann diesen störenden Umstand entweder dadurch beseitigen, dafs man nach dem Seifenbade das Haar noch mit einem die Seifenreste auf dem Haare neutralisierenden Bade von verdünntem Citronensaft auswäscht oder einfacher, indem man auf den Kamm und die Bürste einige Tropfen folgender Brillantine giebt:

Glycerini	
Succi citri	ãã 10,0
Spiritus diluti (s. Aq. coloniensis)	80,0.
M.	

Mit dem Gebrauch dieser aromatischen Gelanthpomade und der Citronensaft-Brillantine bewirkt man also, dafs auch bei feinhaarigen Individuen weder die Haare des Vorderkopfes in Strähnen unschön zusammen halten, noch die langen Haare sich zu einem wirren unkämmbaren Knäuel verfilzen und somit weder die „Kur" unter der „Frisur", noch die „Frisur" unter der „Kur" zu leiden hat.

Das Unguentum pomadinum aromaticum mit und ohne Gelanth ist für alle gebräuchlichen Medikamente trockener, fettiger und spirituöser Natur aufnahmefähig. Auch die Tinct. Cantharidum kann man neben der Tinct. aromatica noch der einfachen aromatischen Pomade bis zu 20%, derjenigen mit Gelanth bis zu 10% inkorporieren. Ohne medikamentösen Zusatz besitzt die Pomadengrundlage eine leicht adstringierende Wirkung.

Schliefslich noch ein Wort zur Nomenklatur. Unsere jetzige Pharmakopoe enthält kein Unguentum aromaticum, mit dem eine Namenverwechslung möglich wäre, wohl aber die alte hamburgische und die österreichische. Die betreffenden Salben sind vollkommen anderer Art und dürften schon ihres penetranten Geruches halber kaum als Pomadengrundlage einladend erscheinen:

Ung. arom. Ph. hamburg.	
Adipis suilli	90,00
Ol. oliv., *Cerae fl.*	ãã 22,50
Ol. Nucist., *Ol. Absynth.*, *Ol. Rosmarin.*, *Mixt. oleoso-balsam.*, *Boli armenae*	ãã 7,50
Ol. Menth. cr., *Ol. caryophyll.*	ãã 3,75.
M.	

Ung. arom. Ph. austr. VI.	
Wermut, digeriert mit Schweineschmalz	125 / 1000.
Dem Filtrat zugesetzt:	
Gelbes Wachs	250
Lorbeeröl, *Lavendelöl*, *Krauseminzöl*, *Rosmarienöl*	ãã 10.
M.	

Um aber jede Verwechselung auch mit diesen ziemlich obsoleten Präparaten zu vermeiden, ziehe ich vor, die neue Pomadengrundlage stets mit dem Index pomadinum zu versehen: Unguentum pomadinum aromaticum.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. Mai 1899.

Originalbericht von Dr. JOHN HIRSCH-Berlin.

ISAAC II demonstriert einen 60 Jahre alten Mann mit einem **Naevus pigmentosus et pilosus** von so hervorragender Schönheit, daſs dessen Abbildung jedem Lehrbuch zur Zierde gereichen würde. Derselbe Patient wurde bereits von BAERENSPRUNG seiner Zeit vorgeführt. — LESSER macht darauf aufmerksam, daſs auch in diesem Falle neben der Pigmenthypertrophie auch eine Bindegewebshypertrophie sich finde. Man sieht neben dem Naevus, der im Vordergrunde des Bildes steht, multiple Fibrome.

GEBERT stellt alsdann einen 32 Jahre alten Kaufmann vor, dessen Hautaffektion schwer zu diagnostizieren ist. Vor vier Jahren blennorrhoisch infiziert, im Anschluſs daran eine doppelseitige Epididymitis, wogegen eine Ichthyolsalbe verwendet wurde. Danach entstand am Scrotum und den benachbarten Innenseiten der beiden Oberschenkel ein Exanthem, das sich allmählich über den Körper verbreitete. Da er von Sapo viridis keine Besserung seiner Hautaffektion sah, wandte er sich an LEWIN, der ihn mit Vaselin und Ol. cadini behandelte. Auch dieses Mittel versagte; seit 3½ Jahren habe er keine therapeutischen Versuche gegen seine Hauterkrankung vornehmen lassen. Man sieht eine flächenhafte Rötung der Haut, an manchen Stellen schuppend; an anderen Stellen sieht man eine Pigmentanhäufung. Eine Vergröſserung der Drüsen ist nicht vorhanden. Auch besteht kein Jucken. GEBERT ist geneigt, in diesem Falle eine **chronische Dermatitis mit Pigment** anzunehmen.

MANKIEWICZ fragt an, ob die Hautaffektion des Mannes nicht mit seinem Gewerbe in Verbindung zu bringen sei. Er erinnere nur an den Schornsteinfegerkrebs. Da nun der Kranke mit Kaffee zu thun habe, sei doch nicht ausgeschlossen, daſs die Röstprodukte desselben eine ätiologische Beziehung zur Krankheit haben. — GEBERT hält letztere Vermutung für ausgeschlossen, da der Patient nur Kaffeehändler sei; mit dem Brennen des Kaffees habe er nichts zu thun. — JOSEPH hält die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, daſs es sich in diesem Falle um das prämykotische Stadium der Mykosis fungoides handele. Es ist doch denkbar, daſs das Auftreten der Geschwulstbildung bei diesem Patienten etwas länger dauere. In zweiter Reihe denke er noch an Acanthosis nigricans. Jedenfalls wird der weitere Verlauf der Affektion die Diagnose sichern. — GEBERT bemerkt noch, daſs der Patient seit mehr als drei Jahren ohne jede innere Medikation geblieben, auch äuſserlich seitdem nichts angewandt habe. Er könne keine andere Diagnose als chronische Dermatitis mit Pigment stellen. — PINKUS zieht in Erwägung, ob die Hautaffektion nicht als Lupus erythematodes disseminatus KAPOSI aufzufassen sei. — LESSER äuſsert sich dahin, daſs letztere Diagnose wohl nicht zutreffen kann, weil keine Drüsenschwellung besteht und schon drei Jahre verflossen sind, ohne daſs Störungen des Allgemeinbefindens eingetreten sind. Das gehöre aber zum Bilde des Lupus erythematodes disseminatus.

Ferner demonstrierte WECHSELMANN ein Kind mit ausgebreiteter **Dermatomykosis tonsurans.** Die Infektion ist durch einen Hund erfolgt, der ebenfalls vorgeführt wird. Dieser zeigt die Zeichen der Trichomykosis tonsurans in Gestalt von

markstück- bis thalergroſsen Herden an der Schnauze, Bauch und Vorderbeinen. Die Übertragung auf das Kind hat an der rechten Halsseite stattgefunden. Von hier aus verbreitete sich die Hautaffektion über die Brust, den Rücken, Oberarm in ziemlich kreisrunden roten Flecken. Hunde erkranken seltener als andere Haustiere an Trichomykosis; höchstwahrscheinlich hat der Hund sich von Katzen oder Ratten infiziert, mit denen er in seinem Stalle in Berührung zu kommen Gelegenheit hat. Sowohl in den Schuppen des Kindes wie in den Haaren des Hundes lassen sich zahllose Trichophyten nachweisen. — Es ist von Wichtigkeit, darauf hinzuweisen, daſs die akuten Formen von Psoriasis, welche als Übertragung von Psoriasis von Kühen aus z. B. von Sultmann geschildert sind, nichts weiter sind als Fälle von Mykosis tonsurans, welche mikroskopisch nicht festgestellt wurde.

Lesser fragt an, welche therapeutischen Maſsnahmen gegen die Erkrankung des Hundes getroffen wurden. — Wechselmann giebt an, daſs derselbe unter Behandlung mit Wilkinsonscher Salbe eine wesentliche Besserung seiner Erkrankung erfahren. Es wäre aber ratsamer, den Hund zu töten.

Lesser stellt hierauf eine Patientin vor mit einem im Entstehen begriffenen **Leukoderma syphiliticum.** Man sieht in diesem Falle direkt, wie das Schwinden des papulösen Hautsyphilids diese ganz eigenartige Pigmentanomalie zurückläſst. An anderen Stellen, wo man diesen direkten Übergang nicht mehr nachweisen kann, ist man zur Annahme berechtigt, daſs die Leukodermaflecke aus Roseolaefflorescenzen hervorgegangen seien.

Palm führt eine Patientin mit einer extragenitalen syphilitischen Initialmanifestation, einer **Sklerose am Ringfinger** vor. Die Infektion geschah durch eine Abwehrbewegung, wobei die Frau mit den Fingern das Gesicht eines an Plaques leidenden Mannes berührte. — Isaac II hält es für wünschenswert, über den weiteren Verlauf der Erkrankung etwas zu hören. Französische Autoren halten die Fälle mit Initialsklerose an den Fingern für sehr schwere Erkrankungen. Andere Forscher halten dies aus dem Grunde begreiflich, weil solche Initialaffekte lange verkannt werden.

Hierauf hielt Bruhns einen Vortrag über **Syphilis und Milztumor.** Die Sektionsbefunde der Milz bei tertiärer Lues sind zahlreich; dagegen sind nur zwei Milzbefunde bei sekundärer Syphilis vorhanden. Beide sind aber nicht ganz einwandsfrei, da die Veränderungen der Milz auch auf komplizierende Infektionskrankheiten bezogen werden können. Das Vorkommen der Milzschwellung im Sekundärstadium der Syphilis wird von manchen Autoren in der überwiegenden Anzahl der Fälle angenommen. Diese Angaben bedurften einer unbefangenen Nachuntersuchung. Nicht die perkutorisch nachweisbare Vergröſserung der Milzgrenzen ist genügend zur Annahme eines Milztumors, es gehört auch unbedingt die Möglichkeit, denselben palpieren zu können, zu dessen Diagnose. Sind Magen und Colon descendens gefüllt, kann man tälschlich durch die Perkussion zur Diagnose Milztumor kommen; sind andererseits Magen und Colon descendens leer, wird das Ergebnis der Perkussion selbst bei vorhandenem Milztumor ein negatives. Man sieht daraus die Notwendigkeit, auch die Palpation zur Untersuchung auf Milzschwellung heranzuziehen. Während einige Autoren einen sehr hohen Prozentsatz von Milzschwellung im Sekundärstadium der Syphilis angeben, haben andere, wie Weil, unter 25 Fällen nur dreimal, d. h. in 12%, Wewer in 7,5% dieselbe nachweisen können. Unter 60 Fällen von sekundärer Syphilis, welche der Vortragende hat untersuchen können, zeigten vier eine Milzschwellung. Bei vier malignen Fällen von frischer Syphilis hatten zwei Milztumor. — Von den vier obengenannten Fällen waren drei mit einer Milzschwellung in die Behandlung getreten. Sie befanden sich im Stadium der Eruption des Hautsyphilids. Im vierten Falle trat die Milzschwellung während der bereits begonnenen Behandlung, also

bereits einige Zeit nach Ausbruch des Exanthems ein. Die Milzschwellung sagt uns nichts darüber aus, ob wir es mit einer schweren oder leichten Infektion zu thun haben. Dafs die Milzschwellung einen syphilitischen Ursprung hat, erkennen wir daran, dafs sie bei Behandlung der Allgemeinerscheinungen zurückgeht. Bei einer Anzahl von Fällen fand man die Milzvergröfserung mehrere Monate nach der Infektion bei Ausbruch eines Recidivs. In all diesen Fällen trat innerhalb des ersten Jahres noch die Milzschwellung ein; letztere fand sich nie bei Recidiven, die länger als ein Jahr nach der Infektion eintraten. Bei ganz recenter Syphilis ist der Milztumor sehr selten. Bei den oben erwähnten zwei Fällen von Milzvergröfserung bei maligner Syphilis trat in dem einen Falle nach Besserung des Zustandes die Verkleinerung der Milz ein.

Mankiewicz fragt an, ob Fieber in den Fällen von Milztumor vorhanden war. Er habe in seinen eigenen Fällen von Milzvergröfserung stets Temperaturerhöhung beobachtet. — Bruhns erwiedert, dafs in sämtlichen sechs Fällen von Milztumor kein Fieber bestanden hat.

Der nächste Vortrag wurde von Blaschko gehalten: **Zur Ätiologie der Impetigo contagiosa auf Grund eigener in Gemeinschaft mit Dr. R. Kaufmann unternommener Versuche.** Wir haben keine Veranlassung, von dem Namen Impetigo contagiosa zu lassen, obwohl Unna ihn fallen läfst. Letzterer unterscheidet in seiner neuesten Arbeit mehrere Formen von Impetigo; da sind: 1. Impetigo pyogenes staphylogenes; 2. I. vulgaris; 3. I. serpiginosa; 4. I. streptogenes. — B. war es schon bei den früheren Arbeiten aufgefallen, dafs er stets einen dem Staphylococcus pyogenes ähnlichen Coccus aus dem Impetigoblaseninhalt in Reinkultur gewann und mit diesen Kulturen an Menschen echte Impetigo contagiosa erzeugen konnte. Diese Versuche nahm er gemeinsam mit Kaufmann wieder auf. Es wurde von 21 Fällen abgeimpft; nur wenige Fälle auf Hydrocelenagar, auf Rinderblutserum, auf Pfeiffers Hämoglobinagar; alle übrigen Abimpfungen geschahen auf Glycerinagar. — Es waren immer dieselben Kulturen zu finden. Nur in einem Falle wuchs eine gelbe Sarcine ähnliche Kolonie, in vier Fällen gelbe Kolonien, die aus Staphylokokken bestanden, wie mikroskopisch festgestellt wurde. Streptokokken fanden sich niemals vor. Die Kulturen wurden sämtlich weiter mindestens vier Generationen gezüchtet. Wenn Eiter oder Serum des Impetigoinhaltes mit Platinöse auf Nährboden geimpft wurde, so bestanden die Kulturen aus stecknadelkopfgrofsen, kreisrunden, grauweifsen Kolonien, die sich wenig über die Oberfläche erhoben. Wenn mit Platinnadel geimpft wurde, so bestanden die Kulturen aus einem 2—3 mm breiten, weifsen Streifen. Nach längerem Stehen (nach ca. 4—5 Wochen) oder nach der 2.—3. Generation nahm ein Teil der Kolonie eine gelbe Farbe an, die in der Nuance vom Hellgelb bis zum Orange schwankte. — Die Kulturen des Impetigococcus zeigten wesentliche Differenzen von denen des Staphylococcus pyogenes aureus und albus. Die Erreger der Impetigo contagiosa zeigen eine geringere Energie des Wachstums in den ersten Generationen. Später verwischt sich der Unterschied mehr und mehr. Die Staphylokokkenkulturen bilden breitere saftigere Kolonien auf schräg erstarrtem Agar. Die Kulturen der Impetigo contagiosa haben ein geringeres Vermögen, Gelatine zu verflüssigen, als die des Staphylococcus. Auch die Art der Verflüssigung ist etwas anders. Die Verflüssigung der Gelatine geschieht durch Staphylokokken in Form eines oben offenen Fünfecks, während die Erreger der Impetigo contagiosa die Gelatine in Form eines Kegels verflüssigen. Letztere koagulieren Milch früher als der Staphylococcus pyogenes aureus. Die Reaktion des Impetigococcus ist in Bouillon stärker alkalisch als Staphylococcus pyogenes aureus. Ferner sind die Erreger der Impetigo weniger widerstandsfähig gegen niedere Temperaturen als Staphylococcus pyogenes aureus; denn

erstere waren schon bei 4—5° nicht mehr lebensfähig. Auch sind dieselben weniger lange haltbar. Länger als drei Monate lassen sich die Kulturen der Erreger von Impetigo contagiosa nicht halten; sie sind alsdann nicht mehr abimpfbar. Die Kulturen des Staphylococcus wie des Impetigococcus haben gemeinsam einen gewissen Kleistergeruch. Die Impfversuche am Menschen sind stets von Erfolg gewesen. Das bloſse Überstreichen einer Hautfläche mit Kolonien führte nicht zum Ziel. Nur folgendes Verfahren war von Erfolg begleitet: Nach Desinfektion der Hautstelle wurde dieselbe mit scharfem Löffel bis zum Auftreten von Serum resp. einer leichten Blutung abgekratzt. Diese oberflächliche Wunde wurde mit Reinkultur überstrichen. An Körperstellen, die von Kleidern bedeckt sind, wurde die Impfstelle mit einem Stückchen Guttaperchapapier bedeckt, dessen Rand in Chloroform gelöst wurde. Somit war eine feuchte Kammer hergestellt. In einem dieser Fälle entstand an der Stirn eine typische, nahezu einmarkstückgroſse, mit Serum gefüllte Blase. Kaufmann hat sich selbst mit Erfolg geimpft. Ein Kollege lieſs sich mit dem Erreger der Impetigo contagiosa auf dem linken Oberarm, mit echtem Staphylococcus pyogenes aureus auf dem rechten Oberarm impfen; es entstanden links echte Impetigoblasen, während der andere Arm eine typische Furunkulose zeigte. Auch Tierversuche wurden mit dem Erreger der Impetigo contagiosa gemacht. In die linke Cornea wurde eine Aufschwemmung von Staphylococcus pyogenes aureus, in die rechte eine Aufschwemmung von Impetigokokken gebracht. Nach Verlauf von 14 Stunden zeigte die linke Cornea eine typische Staphylomykose nach Leber, während die rechte Cornea keine Entzündung zeigte, intakt blieb. — Der Organismus steht den Staphylokokken sehr nahe, unterscheidet sich jedoch von letzteren durch wohlcharakterisierte Merkmale.

Heller führt aus, daſs auch er mit dem honigfarbenen Inhalt der Impetigo contagiosa-Blasen unter Günthers Leitung im Lassarschen Institut in früheren Jahren bakteriologische Untersuchungen angestellt. Es ist ihm nie gelungen, eine Infektion über die Grenze der lokalen Impfung hinaus zu bewerkstelligen. Man müsse sich hüten die Kokken, welche Blaschko-Kaufmann gefunden, als die Erreger der Impetigo contagiosa ohne weiteres anzunehmen; es fehle der Nachweis, daſs die lokale Infektion sich nicht nur über die benachbarten Gegenden verbreite, sondern ein peripherisches Fortschreiten auf andere Körperteile zeige. Er glaube, es handele sich nur um Staphylococcus pyogenes aureus von geringerer Virulenz. — Blaschko führt aus, daſs die Impfungen nicht nur lokale Infektionen setzten, Impetigoblasen entstanden auch an anderen Stellen. Selbstverständlich muſste man gewisse Vorsichtsmaſsregeln anwenden, um das Fortschreiten zu verhindern, da solche Experimente nicht ungefährlich sind. Die Erreger der Impetigo contagiosa stehen sicherlich dem Staphylococcus pyogenes aureus nahe, ohne aber mit ihm identisch zu sein. Bei den Impfversuchen entstanden niemals Furunkel, stets schossen typische Impetigobläschen herauf. — Kaufmann schlieſst sich den Ausführungen Blaschkos voll und ganz an.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 48, Heft 1. 1899.

I. **Mercuriol, ein neues Quecksilberpräparat aus metallischem, nach einer neuen Methode fein verteilten Quecksilber,** von ARVID BLOMQUIST-Stockholm. Die neue Methode des Verfassers, das Quecksilber fein zu verteilen, beruht auf der Thatsache, daſs Amalgame der alkalischen Erdarten und der Metalle Lithium, Aluminium und Magnesium sich äuſserst leicht in jedem beliebigen indifferenten Stoffe fein verteilen lassen, gleichviel ob dieser Stoff pulverförmig, halbfest oder flüssig ist. Das Quecksilber dieser Amalgame ist nur locker gebunden und wird sehr leicht frei, während das amalgamierte Metall bei Zutritt von Wasserdämpfen und Luft in Oxyd resp. Oxydhydrat übergeht. Das Mercuriol ist hauptsächlich für die Merkurialbehandlung der Syphilis nach WELANDERS Methode der Inhalation von Quecksilberdämpfen mittelst eines Säckchens bestimmt. Es stellt ein graues, ziemlich lockeres, festhaftendes Pulver dar, welches 40% metallisches Quecksilber in äuſserst feiner und gleichmäſsiger Verteilung, und zwar in amorpher Form und nicht in Kügelchen enthält. Selbst bei einer zweihundertfachen Vergröſserung lassen sich unter dem Mikroskope keine Quecksilberkügelchen nachweisen. — Der Verfasser beschreibt im folgenden die Darstellung des Mercuriols. Dasselbe zersetzt sich, wenn es der Einwirkung von Wärme, Luft und Feuchtigkeit ausgesetzt wird, sehr leicht, indem das Aluminium-Magnesiumamalgam in seine Bestandteile zerfällt, wobei das Aluminium und das Magnesium oxydieren und das Quecksilber frei wird. — G. ÅHMAN hat das neue Präparat hinsichtlich seiner therapeutischen Bedeutung in dem Krankenhause St. Göran einer gründlichen Untersuchung unterworfen, deren Ergebnisse in dem nächsten Artikel mitgeteilt werden.

II. **Über die Behandlung von Syphilis mit Mercuriol,** von G. ÅHMAN-Stockholm. Der Verfasser hat 30 Fälle mit Mercuriol in Säckchen zu tragen behandelt und genaue Untersuchungen über den Quecksilbergehalt des Harns nach der ALMÉN-SCHILLBERGschen Methode angestellt. Die Behandlung geschah in der Weise, daſs die ersten 5—10 Tage täglich, dann bis zum Ende der Kur jeden zweiten Tag 5 g Mercuriol in einem Säckchen ausgebreitet wurden, welches aus Baumwolle angefertigt war. Auch Leinen eignet sich hierzu. Es empfiehlt sich, daſs eine Seite des Säckchens wollig ist. Die Dauer der Kur wechselt zwischen 30—40 Tagen, während welcher ein und dasselbe Säckchen getragen werden kann. In den ersten 14 Tagen war die Hg-Elimination im Urin derjenigen bei der Schmierkur oder bei den „Überstreichungen“ oder bei der Behandlung mit Unguentum hydrargyri cinereum in einem Säckchen nach WELANDER ungefähr gleich. Gegen das Ende der Kur nach 30—40 Tagen war die Hg-Ausscheidung sehr bedeutend und so reichlich, wie man sie nur selten bei den letzterwähnten Behandlungsmethoden antrifft. Das Quecksilber wird, wie Verfasser an einer tabellarischen Zusammenstellung zeigt, bei der Behandlung mit Mercuriol lebhaft resorbiert und in kontinuierlich steigender Menge durch die Nieren eliminiert. — Zur Beantwortung der Frage, wie lange das in dieser Weise in den Organismus gelangte Quecksilber remaniere und wie lange diese kräftige Hg-Elimination durch die Nieren dauere, hat Verfasser ebenfalls eine Serie von Untersuchungen ausgeführt, aus denen sich ergiebt, daſs die Menge des in den untersuchten Fällen

eliminierten Quecksilbers 49, 56, 58, 62, 73 und 76 Tage nach beendigter Behandlung mit Mercuriol im Durchschnitt recht bedeutend gewesen ist. Die therapeutische Wirkung auf syphilitische Produkte stand derjenigen bei anderen Formen der Quecksilberbehandlung nicht nach. Eine Merkurialstomatitis trat nicht häufiger als bei anderen Methoden auf. Die reizende Einwirkung des Mercuriols auf die Haut ist sehr unbedeutend. Die Patienten sind auf der Haut unter dem Säckchen nicht durch Schweiſs oder Feuchtigkeit beschwert. Verfasser glaubt auf Grund seiner Beobachtungen die Behandlung mit Mercuriol in der von ihm beschriebenen Weise als eine nicht nur therapeutisch zuverlässige, sondern auch sehr reinliche und für den Patienten bequeme und angenehme wärmstens empfehlen zu können.

III. **Bakteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis,** von P. Colombini-Sassari. Die Frage über die Pathogenese der Abscesse der Vulvo-Vaginaldrüsen ist trotz zahlreicher Publikationen noch nicht vollständig gelöst. Verfasser hat in der dermatologischen Klinik des Prof. Barduzzi genaue Studien über die Art des Entzündungsprozesses der vulvo-vaginalen Drüsen und über die Beschaffenheit der Agentien gemacht, durch welche derartige Läsionen hervorgerufen und unterhalten werden können. — Es wurden 17 Fälle von Bartholinitis, deren Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt werden, untersucht. In 11 Fällen war die Bartholinitis blennorrhagischer, in 6 nicht blennorrhagischer, sondern nur gewöhnlicher pyogener Natur. Aus den bakteriologischen Untersuchungen der Fälle zieht Verfasser folgende Schlüsse: 1. Die Bartholinitis kann sowohl blennorrhagischer als auch nicht blennorrhagischer Natur sein. 2. Die erstere ist viel häufiger als die letztere und bildet zwei Drittel der Fälle. 3. In den Fällen blennorrhagischer Bartholinitis ist die Anwesenheit von Gonokokken zur Zeit der Untersuchung nicht konstant. Wenn sich dieselben vorfinden, begegnet man ihnen gewöhnlich in Gesellschaft des Staphylococcus aureus und albus, häufiger in der ersteren als in der letzteren. 4. Bei jenen Fällen blennorrhagischer Natur, bei denen Gonokokken nicht mehr gefunden werden, und bei der nicht blennorrhagischen Bartholinitis sind in der Regel die gewöhnlichen Eitererreger vorhanden. 5. Alle jene Ursachen, welche als begünstigende Momente für die Entstehung der Bartholinitis festgestellt worden sind, als Traumen, Beschäftigung, dürfen aber nicht als eigentliche Ursache derselben angesehen werden, sondern nur als zufällige, nicht aber als notwendige, indem sie nur die Entwickelung sowohl der blennorrhagischen als auch der gewöhnlichen pyogenen Form begünstigen.

(Schluſs folgt.)

IV. **Über Befunde im Sklerosen-Sekret,** von M. Kuznitzky-Köln a. Rh. Die vollständige morphologische Übereinstimmung eines Teiles der Sklerosen-Sekretbefunde des Verfassers mit Winklers „tingiblen Kugeln in syphilitischen Produkten“ gaben zur vorliegenden Publikation Veranlassung, obgleich bei der geringen Anzahl der untersuchten Fälle (zwei) von einem abgeschlossenen Untersuchungsresultat noch nicht die Rede sein kann. Während Winkler der Meinung ist, daſs es sich bei den tingiblen Gebilden um Kernerkrankungen handle, glaubt Verfasser mit Sicherheit behaupten zu dürfen, daſs sie nichts mit Zellkernen gemein haben. Im folgenden wird die Art der Materialentnahme und angewandte Färbeverfahren beschrieben. Die Sklerosen wurden zunächst mit in permangansaures Kalium getauchter Watte abgewischt, hierauf wurde das Aussickern von Serum abgewartet (Leloirsches Symptom), wieder mit trockener Watte abgewischt und jetzt erst das nach zweimaliger Reinigung nach einigem Abwarten aussickernde, etwas bluthaltige Serum teils mit ausgeglühter Platinöse, teils durch direkte Oberflächenberührung mit dem Objektträger zur Untersuchung entnommen. Man läſst das Präparat nach gleichmäſsigem Ausbreiten des Sekrets lufttrocken werden, tropft dann etwas kaltgesättigte, wässrige Pikrinsäurelösung auf, spült

gründlich mit Wasser ab, trocknet das Präparat über der Flamme und färbt es mit alkalischer Methylenblaulösung; nach wenigen Sekunden Abspülen mit Wasser und Trocknen über der Flamme. Verfasser fand nun bei der mikroskopischen Untersuchung der Präparate in einer beträchtlichen Anzahl roter Blutkörperchen und in einzelnen Leukocyten intensiv dunkelblau gefärbte Gebilde von annähernd runder Gestalt, mit hellem, unregelmäſsig breitem Hof und je einem hellen, bald central, bald excentrisch gelegenen, zwar sehr kleinen, aber stets deutlich sichtbaren Flecke. In den Leukocyten liegen die Gebilde stets unabhängig neben dem Kern und sind von ihm durch ihre viel intensivere Färbung sehr deutlich unterschieden. Die Gröſse dieser Gebilde schwankt zwischen $1^1/_2$—$5^1/_2$ μ. In den groſsen Gebilden fand Verfasser statt eines gelegentlich mehrere helle Innenflecke, die meist koncentrisch gelegen sind. Auch frei im Serum fand Verfasser die kleinen einfleckigen und gröſsere mehrfleckige Körperchen. In dem ersten der untersuchten Fälle ($2^1/_2$ Wochen alte Sklerose) fand Verfasser auſserdem zahlreiche komma- bis halbmond- bis halbkreisförmige, wie Spirillen aussehende und an die Malaria-Plasmodien erinnernde Gebilde vor. Ihre Grundsubstanz ist blaurötlich gefärbt und darin eingelagert befinden sich helle, runde, perschnurartig angereihte Fleckchen. — Kokken oder Bakterien fand Verfasser in keinem der Präparate.

V. **Beitrag zur Histologie der gummösen Lymphome**, von Georg Löwenbach-Wien. Während die Lymphdrüsenschwellungen im sekundären Stadium der Syphilis zu den gewöhnlichsten Symptomen gehören, sind gummöse oder tertiäre Lymphome relativ selten und deshalb noch wenig erforscht. Verfasser giebt einen Überblick über die diesbezügliche Litteratur und beschreibt dann ausführlich einen aus Dr. M. Josephs Poliklinik stammenden Fall von zweifellos spätsyphilitischem, tertiären Lymphom der Axillardrüsen, welches sich sieben Jahre nach erfolgter syphilitischer Infektion entwickelt hatte und auf Jodkaliumgebrauch prompte Involution zeigte. Nach der zu wissenschaftlichen Zwecken vorgenommenen Exstirpation der Tumoren erfolgte weder ein Recidiv in loco, noch eine Intumescenz anderer Lymphdrüsen. Der Mann blieb während der nächsten fünf Jahre völlig gesund. — Das Bild, welches die mikroskopische Untersuchung ergab, entspricht nach den zusammenfassenden Schluſsbetrachtungen des Verfassers „weder demjenigen eines gewöhnlichen Gumma, noch dem eines indolenten Bubo, sondern ist als eine Affektion sui generis anzusehen, welche histologisch einem groſszelligen Sarkom oder Endotheliom sehr ähnlich ist. Diese Ähnlichkeit wird gegeben durch die Zusammensetzung des Lymphoms aus von bindegewebigen Zügen umsponnenen groſsen, epithelioiden Zellen (von den Endothelien der Lymphwege abstammend), sowie aus ganz sonderbaren Zellen von riesenhaften Dimensionen, an Gestalt rund, ellipsoid, polygonal, kipfelförmig oder ganz unregelmäſsig, mit reichlichem, feiner oder gröber granuliertem Protoplasma und einem auſserordentlich groſsen oder 2—5 sehr groſsen, intensiv färbbaren, ebenfalls in ihrer Form sehr variablen, oft in Karyokinese befindlichen Kernen und in 1—2 hellen Nukleolen. Speziell die letztere Zellkategorie bedingte die mikroskopische Verwandtschaft des Lymphoms mit echten Sarkomen. Trotzdem muſste die naheliegende Diagnose „Sarkom“ auf Grund des auch mikroskopischen Freibleibens der Drüsenkapsel und Umgebung von der Wucherung, ferner auf Grund des Vorhandenseins neugebildeter, junger elastischer Fasern im Bindegewebe des Tumors abgelehnt und aus ebendemselben Grunde, sowie auf Grund der vorhandenen, bei Abwesenheit anderer nachweisbarer Krankheitsursachen als spezifisch syphilitisch anzusprechenden Arterienerkrankung direkt die vorangegangene Lues als Ursache der vorliegenden Lymphdrüsenerkrankung bezeichnet werden. Es liegt also nicht nur klinisch, sondern auch histologisch der Beweis vor, daſs wir hier ein im Spätstadium der Syphilis ent-

standenes eigenartiges Lymphom vor uns haben. Dasselbe entspricht klinisch dem öfter beschriebenen Bilde des gummösen oder tertiären Lymphoms, ist dagegen histologisch kein reines Gumma, sondern weist eine merkwürdige Analogie mit den neuerdings von Sternberg (*Ztschr. f. Heilkde.* 1898) beschriebenen eigenartigen tuberkulösen Lymphomen auf.

VI. **Bemerkungen zu der die Einreibekur ersetzenden Quecksilbersäckchenbehandlung Welanders**, von L. Schuster-Aachen. Verfasser hatte Gelegenheit, einen schwedischen Patienten in Behandlung zu bekommen, der seit 24 Tagen zwei Welander-Säcke (50 cm lang und 40 cm breit), den ersten 14, den zweiten 10 Tage lang Tag und Nacht getragen hatte, ohne jedoch einen Nachlafs seiner altluetischen Beschwerden (im Nacken sitzende Kopfschmerzen, zunehmende Schwäche des Gehörs, Ohrensausen, Schlaflosigkeit etc.) wahrnehmen zu können. Verfasser liefs den Harn des Patienten von einem Chemiker auf Quecksilber nach der Ludwig-Fürbringerschen Methode untersuchen. Es konnte kein Quecksilber nachgewiesen werden. Eine kräftige Inunktionskur in Verbindung mit Schwefelbädern befreite den Patienten nach Verlauf von 30 Tagen von allen seinen Beschwerden. Um den Wert der Quecksilberresorption bei der Sackbehandlung einer nochmaligen Prüfung zu unterziehen, veranlafste der Verfasser einen 46 Jahre alten, gesunden Mann, ein die Brust vollständig bedeckendes Säckchen von 36 cm Länge und 26 cm Breite Tag und Nacht zu tragen. Innerhalb von 30 Tagen wurden zwei derartige Säckchen verbraucht; täglich wurden die inneren Flächen mit 5 g grauer Salbe bestrichen. Die nach zwei- und nach dreiwöchentlicher Behandlung vorgenommene Untersuchung des Harns auf Quecksilber ergab ein negatives Resultat. Am 31. Tage jedoch wurden Spuren Quecksilbers im Harn nachgewiesen. — Verfasser hat eine weitere Prüfung der Sackbehandlung an sich selbst angestellt und 14 Tage einen 50 cm langen und 40 cm breiten, Brust und Bauch vollständig bedeckenden Baumwollensack, dessen innere Flächen täglich mit 6 g grauer, offizineller Quecksilbersalbe bestrichen wurden, getragen. Die am 8. und 14. Tage vorgenommene Untersuchung des Urins enthielt Spuren von Quecksilber, das zweite Mal mehr als das erste Mal. Neun Tage nach dem Aufgeben der Sackbehandlung fand sich kein Quecksilber mehr im Harn vor. — Nach der Ansicht des Verfassers unterliegt es keinem Zweifel, dafs bei genügend ausgedehntem und ruhigem Verhalten im Bette durch die Welandersche Sackbehandlung eine immerhin wohl zu beachtende Menge Quecksilber ins Blut übergeht, dafs dies wohl durch die Lungenatmung geschieht und dafs bei lange fortgesetzter Behandlung nach dieser Methode auch ein therapeutischer Erfolg erzielt werden mag. Eine Verbesserung der Welanderschen Quecksilber-Inhalationsmethode, die Verfasser anstrebt und die Welander selbst in Aussicht gestellt hat, dürfte in der Zukunft die Methode hinsichtlich ihres therapeutischen Effektes den Inunktionen gleichwertig machen, was sie allerdings gegenwärtig noch nicht ist. *C. Berliner-Aachen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Zur Behandlung der Ekzeme, von Hirschkron. (*Therap. Beilage No. 12 der Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 48.) Eine mit der Nützlichkeit der Bäder beginnende und auf eine Lobpreisung des Naftalans herauslaufende Veröffentlichung. Naftalan ist nach Aussage des geschätzten Herrn Verfassers das Prototyp der „guten" Mittel bei Ekzem und Psoriasis. (Hiermit möchte Ref. dem auch von ihm geschätzten Naftalan übrigens nicht zu nahe treten). *F. Hahn-Bremen.*

Über seltene Lokalisationen der Psoriasis, von Heller. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 52.) Verfasser beschreibt drei abnorme Lokalisationen von Psoriasisefflorescenzen, die auf Hautreizungen zurückzuführen sind; der erste Fall betraf die Beugeseite des Armes eines jungen Mädchens und war bedingt durch intensives Kratzen, der zweite betraf eine alte Tätowierungsnarbe, die Sitz der Efflorescenz war, und der dritte fand sich auf den Impfnarben der dritten Vaccination eines jungen Mediziners, der auch vorher schon an „seborrhoischem Ekzem" gelitten hatte. *F. Hahn-Bremen.*

Klinischer Beitrag zum Studium der atypischen Psoriasis, von Philippson. (*Rif. med.* 1898. No. 169 u. 170.) Verfasser beschreibt zunächst einige Fälle von Psoriasis mit atypischer Lokalisation (Palma manus, Planta pedis, ausschliefsliche Lokalisation an den Fingern etc.) und kommt dann auf den Ausgang der Dermatose in exfoliative Erythrodermie zu sprechen. Mit Tommasoli betrachtet er die Psoriasis als eine toxische Dermatose. Unter dem Einflusse von Komplikationen (Gravidität) können sich nun zu den spezifischen Toxinen der Psoriasis noch andere hinzugesellen, welche der Dermatose eine veränderte Physiognomie geben, ohne ihre Natur zu modifizieren. *C. Müller-Genf.*

Betrachtungen über die Psoriasis linguae, von G. Petit. (*Indépend. méd.* 1898. No. 88.) Verfasser hat im Verlaufe einiger Jahre 10 solcher Fälle beobachtet. Sämtliche Patienten waren Arthritiker, weshalb er den Arthritismus als prädisponierende Ursache der Leukoplakia oris betrachtet; Tabakmifsbrauch spiele dabei nur eine sekundäre Rolle. Sieben von den 10 Fällen waren mit Dilatatio ventriculi kompliziert. Bei der Diagnose ist man meist auf die Harnanalyse — vermehrtes spezifisches Gewicht, Hyperacidität — angewiesen, da Allgemeinsymptome meist fehlen. Diesen Betrachtungen gemäfs kann die Behandlung natürlich nur eine allgemeine sein. *C. Müller-Genf.*

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn (Vereinsbeilage No. 37 der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1898, No. 50) hielt Vollmer-Kreuznach einen Vortrag über einen **Fall von schwarzer Haarzunge,** der einen jungen Luetiker betraf. Vortragender nimmt an, dafs die Lues, die ja auch Verhornungen auf der übrigen Haut veranlassen kann, auch an dieser eigentümlichen Verhornung des Epithellagers der Papillae fungi- und filiformes Schuld ist. *F. Hahn-Bremen.*

Die Pityriasis-Erythrodermien in Form von disseminierten Flecken, von Brocq. (*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.* 1897.) Der Verfasser beschreibt eine Dermatose, die durch das Auftreten zahlreicher blaſsroter, mit Schüppchen bedeckter Flecken charakterisiert ist. Die 2—6 cm groſsen Flecken fanden sich über den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes zerstreut; sie sind meist rund oder oval, manchmal bandförmig, selten vollkommen unregelmäſsig; sie sind durch mehr oder weniger breite Streifen gesunder Haut getrennt und ragen über das Niveau derselben nicht hervor. Die Haut der erkrankten Stellen ist nicht oder nicht merklich verdickt. Die Farbe der Flecken ist ganz gleichmäſsig blaſsrot, nur an einzelnen Stellen, besonders an den unteren Extremitäten etwas dunkler. Die Schüppchen, welche auf diesen Flecken sitzen, sind im Durchmesser 1—2 mm, höchstens 3 mm groſs, weiſs, vollständig trocken und erneuern sich unablässig und rasch. Pruritus fehlt so gut wie vollständig. Der Verlauf ist ein eminent chronischer: die Entwickelung dauert Monate und Jahre, Remissionen und Exacerbationen sind häufig. — Diese Dermatose stellt nach Ansicht des Verfassers eine gutartige Form der Pityriasis rubra dar; er schlägt vor, sie gutartige chronische Pityriasis rubra in Form von disseminierten Flecken oder besser Pityriasis-Erythrodermien in Form von disseminierten Flecken zu nennen. Die Möglichkeit allerdings, daſs es sich bei dieser Affektion um larvierte Anfangsformen von Dermatomykosen handelt, ist nicht mit Sicherheit auszuschlieſsen; indessen sprechen die blasse Farbe, die Art der Abschuppung und insbesondere das nahezu vollständige Fehlen von Pruritus gegen diese Möglichkeit. — Der Verfasser hält die beschriebene Affektion für eine Varietät der von Unna, Santi und Pollitzer unter dem Namen Parakeratosis variegata beschriebenen Dermatose, die durch rote, schuppende, wenig oder gar nicht infiltrierte, manchmal über das Niveau der umgebenden Haut hervorragende, wenig oder gar nicht juckende Flecken und Papeln charakterisiert ist. — Eine andere Abart dieser Affektion weist nur ganz kleine stecknadelkopf- bis nagelgroſse, manchmal zu gröſseren Flecken konfluierende Eruptionen auf, die von perlmutterartig glänzenden Schüppchen bedeckt sind und eine mehr bräunliche Farbe haben. — Fälle, in denen neben den charakteristischen Eruptionen starker Pruritus vorhanden ist, gehören wahrscheinlich zu den Frühstadien gewisser Dermatomykosen. — Die Behandlung besteht in energischer Applikation von Pyrogallussäure mit Salicyl, bis die Haut stark gereizt ist; dann Anwendung von Salicyl-Zinkoxydsalbe, bis die Reizung vorüber ist; hernach wieder Pyrogallussäure und so weiter bis zur vollständigen Heilung. *Götz-München.*

Dermatitis exfoliativa acuta, von Singley-Pittsburg. (*Philad. med. Journ.* 10. Sept. 1898.) Der Autor berichtet einen Fall von akuter recidivierender Dermatitis exfoliativa bei einem 19jährigen Mädchen, das schon mit 5, 13, 15, 16, 17 Jahren und einige Monate vor diesem letzten siebenten Anfall einen solchen durchgemacht hat. Es handelte sich dabei um eine exfoliierende Dermatitis, die ganz unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit auftritt und die gröſste Ähnlichkeit mit Scharlach hat. Nach kurzen Prodromen und unter kurz anhaltendem hohen Fieber treten, verbunden mit Gelenkschmerzen, sich über den ganzen Körper verbreitende Erytheme auf, die, nachdem alle febrilen Erscheinungen zurückgegangen sind, in verschieden langer Zeit ohne besondere Folgen mit ausgebildeter flächenhafter Abschuppung heilen. Der Verfasser stellt die bisher in der Litteratur erwähnten 17 Fälle zusammen. Bei 15 davon war das Leiden idiopathisch, bei zwei als sekundäre Erscheinung aufgetreten. Die Beobachter waren: Elliot, Bulkley, Tilbury Fox, Brocq, Ohmann-Dumesnil, Hallopeau, Besnier, Duhring u. a. Das Leiden tritt selten auf. Kaposi leugnet, daſs es eine Krankheitsentität sei, Besnier steht auf ähnlichem Standpunkt und will

verschiedene derartige Dermatosen unter dem vorläufigen Namen Erythrodermie exfoliatrice vereinigen. Brocq-Vidal neigen ganz zu Verfassers Ansicht. (Maladie de Wilson.) *Hopf-Dresden.*

Behandlung der Impetigo mit der Aqua Alibour. (*Journ. d. Praticiens.* August 1898.) Sabouraud empfiehlt diese Lösung als ein aufserordentlich kräftiges Antisepticum und rühmt ihre Wirkung bei der Impetigo. Die Lösung, die bereits vor 300 Jahren angewendet wurde, besteht aus: Aq. dest. 600, Kampfer bis zur Sättigung q. s., Zinksulfat 7,0, Kupfersulfat 2,0, Safran 0,40. Mit derselben werden die affizierten Stellen beständig befeuchtet in Form von Bädern oder von Umschlägen. *C. Müller-Genf.*

Über Cilien- und Lidranderkrankung (Blepharitis acarica), hervorgerufen durch Haarbalgmilben der Augenwimpern, von Raehlmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 50 u. 51.) Verfasser fand den bis dahin als ganz unschuldig angesehenen Bewohner mancher Hauttalgdrüsen, den Acarus folliculorum, in einer grofsen Reihe von Lidranderkrankungen, die sich in ca. 25 % aller Trachomkranken nachweisen liefs. Diese Blepharitis ist ausgezeichnet durch eine diffuse Hyperämie der Lidrandhaut dicht über den Cilienwurzeln und ein besonders zähes, gelbliches Sekret; die Achtung auf diesen Parasiten ist daher wohl empfehlenswert. Therapeutisch erwies sich eine Salbe mit Perubalsam als erfolgreich, die allerdings die Conjunctiva stark reizt. *F. Hahn-Bremen.*

Die Bartfinne, Folliculitis barbae, und ihre Behandlung, namentlich mittelst der galvanokaustischen Glühnadel, von F. Bloebaum-Köln. (*Dtsch. Medizinalztg.* 13. u. 17. Okt. 1898.) Nach einem kurzen Überblick über die Geschichte der Sykosis kommt B. zu dem Schlusse, dafs es trotz mancher schwerwiegender Gegner dieser Ansicht zweierlei Arten derselben giebt, die parasitäre und die sogenannte Folliculitis barbae. Die letztere ist die leichtere Art der Erkrankung und besteht aus einer gewöhnlich in Eiterung übergehenden Entzündung der Haarfollikel und des perifollikulären Gewebes, welche im Anfangsstadium der Akne ähnliche Efflorescenzen bildet, später aber auch zu getrennt stehenden oder konfluierenden Pusteln sich entwickeln kann, und auch Verschiedenheiten darbietet, je nach der Stärke des Bartes oder je nachdem derselbe rasiert oder ungeschoren ist. Der Verlauf ist ein äufserst chronischer, ohne Therapie abscedieren die Knoten successive, die Haare fallen aus und es bleibt eine Narbe zurück (muldenförmig). Differentialdiagnostisch gegen Ekzem, ulceröse Syphilis, Lupus ist die Lokalisation an den behaarten Stellen von Wichtigkeit, bei der parasitären Sykosis entstehen schon nach einigen Wochen umfangreiche Infiltrate, wie sie bei der Folliculitis höchstens nach Jahren und dann selten vorkommen. Ätiologisch hält B. es für nicht unwahrscheinlich, dafs der nächste Grund zur Folliculitis in einem abnormen Haarwechsel liegt, indem durch Verstopfung der Haarbälge das Ausfallen der alten Haare unmöglich gemacht wird. Prophylaktisch wäre also gröfstmöglichste Reinlichkeit und Pflege des Bartes von hoher Wichtigkeit. Zur Behandlung des Leidens ist in erster Linie tägliches Rasieren geboten, von inneren Mitteln ist man im allgemeinen nun ganz abgekommen, dagegen sind verschiedene Salbenverbände äufserlich empfohlen worden; bei genügender Ausdauer des Patienten und des Arztes kommen manche Fälle auch damit zur Heilung. Da dieselbe aber oft nach vielen Monaten konsequenter Kur erst eintrat, so wurden energischere Mittel, wie Einschnitte mit Messern oder Sticheln (Veiel), ferner Ätzmittel, wie Salpetersäure, starke Sublimatlösung u. s. w. empfohlen. Nachdem nun B. die Erfahrung gemacht hat, dafs manche Fälle auch mit diesen

Mitteln trotz ausdauernder Behandlung nicht zur Heilung kamen, wandte er die Kauterisation mit einer eigens konstruierten Glühnadel, womit er schon bei Acne rosacea und Blepharitis ulcerosa viel Erfolg gehabt hat, auch bei der Bartfinne an und die Resultate waren in 6 Fällen hintereinander überaus gute. Bei einem Patienten, welcher bereits 6 Jahre von der Krankheit befallen war, wurden, um ein Beispiel anzuführen, sämtliche Efflorescenzen (Knötchen, Knoten und Pusteln) innerhalb zwei Sitzungen, deren jede ca. 10—15 Minuten dauerte, mit je 60 Stichelungen, dem Haare entlang in die Tiefe, kauterisiert. Nach dem Einstich entleerte sich Eiter, es wurden dann zwei Stunden lang Eiskompressen aufgelegt, nachher Puderung mit Zinkoxyd, Acid. boric. aa 5,0, Talc. 10,0. Anderen Tags wurden die kranken Stellen mit Seifenwasser abgedoucht und mit Gaze trocken getupft und wiederum gepudert; dies Verfahren täglich wiederholt, bis sämtliche Brandwunden in 8—14 Tagen verheilt und die Krusten abgefallen waren. Zur Nachkur läfst man den Patienten täglich rasieren und zweimal täglich die behaarten Stellen mit weicher Bürste und Seifenwasser abreiben. Die Schmerzen beim Kauterisieren sollen nicht viel stärker wie bei der Epilation, die Eröffnung der Abscesse gründlicher wie bei letzterer und der Veielschen Stichelung, und die Narbenbildung sehr fein, kaum sichtbar sein. Beschreibung und Abbildung seiner Glühnadeln mufs B. wegen Vorlage beim kaiserlichen Patentamte noch unterlassen. *Stern-München.*

Blut von einem Falle von Pemphigus, von C. R. Drysdale. (*Brit. med. Journ.* 22. Jan. 1898.) Der Fall betraf eine 61jährige Frau. Das untersuchte Blut zeigte eine beträchtliche Vermehrung der eosinophilen Zellen. Verfasser legt dieser Erscheinung keinen differentialdiagnostischen Wert bei, weil sie auch bei anderen Krankheiten auftritt. So fand Galloway in der Flüssigkeit gewöhnlicher Blasen dieselben Zellen in bedeutender Zahl vor. Whitfield fand sie in einem Falle von Dermatitis herpetiformis bis zu 20 %. Nach letzterem Autor enthält die Flüssigkeit gewöhnlicher Blasen bei gesunden Individuen zwar viele eosinophile Zellen, aber doch nicht in solcher Menge, wie sie der Inhalt der Pemphigusblasen aufweist. Ferner sind die Kerne in den eosinophilen Zellen der letzteren nicht so grofs und sphärisch wie in denjenigen des normalen Blutes. *C. Berliner-Aachen.*

Hereditäre Keratosis oder Tylosis palmarum, von V. Pendred. (*Brit. med. Journ.* 30. April 1898.) Die 36jährige Patientin zeigte an den Palmar- und Plantarflächen aller Finger und Zehen eine harte, hornige Epidermis mit Rissen und Furchen nach vielen Richtungen hin. Die Hände sahen stets schmutzig aus, weil sie die Patientin nicht rein bekommen konnte. Von Interesse ist aus der Krankengeschichte, dafs die Affektion seit der frühesten Kindheit der Patientin besteht, dafs sie erblich schon bis ins vierte Geschlecht ist, dafs jedoch hauptsächlich weibliche Familienmitglieder und zwar nur solche, welche wie die Patientin einen germanischen Typus haben, befallen sind, während die Familienmitglieder mit englischem Typus von der Affektion frei geblieben sind. *C. Berliner-Aachen.*

---

b. *Cutis.*

Ein Fall von Lichen Wilson mit vorherrschenden akuminaten Formationen und starker Färbung, von Hallopeau und Poulain. (*Ann. de derm. et de syph.* 1897.) An der Hand der Thatsache, dafs der Lichen Wilson unter den verschiedensten Formationen sich zeigen kann, stellen die Autoren einen Fall dieser Krankheit vor, dessen Charakteristika neben sicher bestehenden typischen Planusefflorescenzen am Brustbein und der Wangenschleimhaut bestanden einesteils in über-

wiegendem Maſse in akuminaten, von Haaren central durchbohrten papillaren Knötchen, anderenteils in abnorm starken Pigmentationen der an und für sich schon pigmentreichen Haut. Arsenik war wenig gegeben worden und schon mehrere Jahre vorher. HALLOPEAU meint in der Debatte, derartige Fälle wie der vorliegende trügen wohl zur Verwechslung von Pityriasis rubra pilaris mit Lichen ruber acuminatus einerseits und des letzteren mit Lichen planus andererseits bei. Gegenüber den Einwürfen der Debatte hält HALLOPEAU auf Grund der einzelnen gefundenen typischen Planuseffloreszenzen an der Diagnose eines abnorm verlaufenden Lichen planus fest.

Hopf-Dresden.

Über die Lokalisation des Lichen ruber planus auf den Schleimhäuten, von STOBWASSER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 5.) Verfasser teilt aus HERXHEIMERS Abteilung mit, daſs sie die Schleimhäute des Mundes in drei Vierteln aller Lichenfälle ergriffen fanden. In einigen Fällen ging die Erkrankung der Schleimhaut dem Befallenwerden der Haut lange voraus, in anderen war überhaupt nur die Mundschleimhaut befallen. Die Analschleimhaut kann in ähnlicher Weise befallen werden wie die des Mundes. Verfasser schildert sodann die Symptomatologie, teilt die Krankengeschichte einiger beobachteter Fälle mit und spricht über die Therapie, die in innerlicher oder subcutaner Arsendarreichung bestand. Die Rückbildung der Mundaffektion erfolgte meist ohne besondere lokale Therapie, gewöhnlich mit Hinterlassung leukoplakischer Streifen. *F. Hahn-Bremen.*

Lichen ruber planus. HEUSS stellt in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich eine 48jährige Frau mit einem typischen Lichen planus fast des ganzen Körpers vor. Ungewöhnlich war an demselben die starke Verhornung an den unteren Extremitäten und das hochgradige Befallensein der Mundhöhle. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von excentrischer, circinärer, pustulöser Dermatitis, von MORELLE. (*Presse méd. belge.* 1898. No. 44.) Es handelte sich um einen 13jährigen Jungen, bei dem sich im Verlaufe von etwa 6 Jahren in der Gegend der Genitalien eine 16 cm breite, 8—11 cm hohe, über das umgebende Hautniveau erhabene Plaque von rotbrauner Färbung entwickelt hatte, deren Ränder ziemlich scharf und deren Oberfläche höckerig war und eine serös-eitrige Flüssigkeit secernierte. Es bestand beständiges und heftiges Jucken. Auſserdem war beinahe die ganze Penishaut ergriffen. Die Plaque war aus einem Knötchen entstanden, das sich allmählich nach allen Richtungen ausdehnte. In der Umgebung der Plaque waren einzelne Pusteln vorhanden. Die Plaque selbst bestand ebenfalls aus einer Agglomeration solcher Pusteln. Nach Vergleichung mit einer Moulage des Hôpital St. Louis, welche von HALLOPEAU als Dermatite pustuleuse en foyers, à progression excentrique etikettiert worden war, betrachtet Verfasser seinen Fall als ein weiteres Beispiel dieser Affektion. Nach entsprechender antiseptischer Behandlung heilte die Dermatose ab bis auf zwei kleine Herde, die jeder Therapie hartnäckig widerstanden. Diese Herde wurden schlieſslich exstirpiert. An der Stelle der früheren Plaque blieb eine Pigmentation zurück, welche 6 Monate nachher noch bestand. *C. Müller-Genf.*

Zwei Fälle von Hautdiphtherie, von G. SHARP. (*Brit. med. Journ.* 4. Juni 1898.) Fälle von Diphtherie, welche die Haut befallen, sind heutzutage selten. Die Autoren, welche sie beschreiben, beispielsweise BRETONNEAU und TROUSSEAU, halten die Hautdiphtherie für nicht so gefährlich wie die Diphtherie der Schleimhäute. — Fall 1 betrifft einen zweijährigen Knaben mit Flecken an den Wangen, Lippen und auf der Brust. Verfasser glaubte anfangs, es handle sich um eitrig gewordene Herpesbläschen. Als er jedoch von einzelnen Efflorescenzen die Blasendecke entfernte, zeigte

sich darunter eine blutende Fläche. Die bakteriologische Untersuchung ergab zahlreiche Diphtheriebacillen mit Staphylococcus aureus. Mund und Rachen waren um diese Zeit noch frei. Am nächsten Tage jedoch zeigten sich einige Erosionen, welche unter der Behandlung abheilten. Dieselbe bestand in lokaler Applikation einer Lösung von Quecksilberbijodid (1 : 3000). Innerlich wurden salicylsaures Natron und Jodkalium in Lösung verordnet mit ausschliefslicher Milchdiät. In zwei Wochen war das Kind hergestellt. — Der zweite Fall betraf den 6jährigen Bruder des vorigen. Die sanitären Verhältnisse der Wohnung, in welcher die Kinder lebten, waren schlechte. Inwieweit dies mit der Diphtherie zusammenhängt, vermochte Verfasser nicht festzustellen.

C. Berliner-Aachen.

Ein Fall von Actinomykosis hominis, von Th. Herlofsen. (*Norsk Mag. f. Lægevidensk.* Okt. 1897.) Bei einem 20jährigen Weibe fand sich in der Regio parotidea eine nufsgrofse Aktinomykosegeschwulst, welche nach Incision schnell unter interner Jodkaliumbehandlung abheilte. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Mykosis fungoides, von Hallopeau, Bureau und Weil. (*Ann. de derm. et de syph.* 1897.) Die Arbeit kommt zu folgenden Schlüssen an der Hand eines Falles von Mykosis Alibert: Chirurgisch entfernte Tumoren der Mykosis fungoides recidivieren nie in situ. Die Lokalisationen an der Hohlhand können der Psoriasis palmaris und allen squamösen Dermatosen dieser Region sehr ähnlich sein. Die Krankheit kann die Eingeweide ergreifen, besonders das Nierenparenchym. Auch kann sie sekundär nach der Haut die subcutanen Gewebe und die tiefsten Gewebslagen an den Extremitäten befallen. Diese Lokalisation darf nicht als pathognomonisch für Kaposis Lymphodermia perniciosa betrachtet werden. Eine Impfung, unter den günstigsten äufseren Verhältnissen bei einem Affen vorgenommen, blieb gänzlich erfolglos.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Mykosis fungoides d'emblée mit seltenen Erscheinungsformen, von Besnier und Hallopeau. (*Ann. de derm. et de syph.* 1897.) Im Anschlufs an einen Fall von Mykosis fungoides kommen die Autoren zu folgenden Schlüssen: Die Mykosis fungoides kann unter dem Bilde grofser excoriierter, nässender Flächen auftreten, die alle Charaktere des Eccema vegetans darbieten. Erst die mikroskopische Untersuchung sichert in solchem Falle die Diagnose. Gleichermafsen kann auch die Mykosis fungoides sykosisartige Erscheinungen darbieten. Die Drüsenschwellungen brauchen nicht ausgesprochen zu sein, beziehentlich können ganz fehlen. Die Infiltrationsknötchen können in Bogen und Kreisen angeordnet sein, die scheinbar gesunde Haut einschliefsen. Die Knoten können intradermatisch sich bilden. Ihre Anwesenheit und die Schwellung der vorher dagewesenen Naevi können neben der Biopsie die Diagnose sichern helfen. *Hopf-Dresden.*

Gangränöse Hautentzündung beim Typhus, von Stahl-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 15. Okt. 1898.) Verfasser erwähnt 3 Fälle von gangränöser Hautentzündung bei Typhus. Bei zweien der Fälle scheint diese Komplikation die Ursache des Todes gewesen zu sein. Besonderes bringt die Mitteilung sonst nicht. *Hopf-Dresden.*

Untersuchungen über die gasbildende Gangrän, von Muscatello und Gangitano. (*Rif. med.* 1898. No. 190.) Bei einem Patienten, dem die Poplitea unterbunden worden war, entwickelte sich eine Gangrän des Unterschenkels mit Bildung von Emphysem. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Kapselbacillus, der auf gesunden Geweben keine pathogene Wirkung entfaltet; dagegen entwickelt er sich und erzeugt eine emphysematöse Gangrän in Geweben, welche in ihrer Lebensfähigkeit beeinträchtigt worden sind. Das Versuchstier geht an Toxi-

hämie zu Grunde und erst nach seinem Tode verbreitet sich der Bacillus im ganzen Organismus. Verfasser identifiziert ihn mit dem von E. Fraenkel beschriebenen „Bacillus phlegmones emphysematosae“-Bacillus aerogenes capsulatus von Welch und Nuttal, Ernst, Göbel. *C. Müller-Genf.*

Beiträge zur Kenntnis der Dermatomyositis und nahe verwandter Krankheitsbilder, von H. Köster. (*Hygiea.* Nov. 1897.) Verfasser berichtet im Anschlufs an seine früheren Mitteilungen über denselben Gegenstand (s. Referat in *dieser Zeitschr.* Bd. XXVI) über einen neuen mit Angina eingeleiteten Fall von Dermatomyositis bei einem 8jährigen Knaben. Von seiten der Haut fanden sich nur gröfsere und kleinere Hämorrhagien um die Gelenke herum; das Ödem fehlte; aufserdem akute Nephritis. Heilung nach Verlauf von kaum 3 Monaten. — Einen anderen Fall von Myositis bei einem 24jährigen Dienstmädchen, ebenfalls mit Angina beginnend und begleitet von Endocarditis, leichter Milzschwellung, leichten Fiebersymptomen, Ödem der Füfse, aber nichts von seiten der Haut. K. vermutet trotz der Ähnlichkeitspunkte mit Dermatomyositis, dafs es sich am ehesten um Rheumatismus handelt, ebenso wie er auch wegen der komplizierenden Gelenkaffektionen einen dritten Fall von Myositis bei einem 19jährigen Schuster dahin rechnet. Die Haut oberhalb der Myositis war in diesem Falle stark ödematös, aber ohne die feste Beschaffenheit wie bei der Dermatomyositis; es fand sich aufserdem diffuse Hyperämie der Haut und subcutane Blutungen. Endlich teilt Verfasser einen Fall bei einem 24jährigen Bierbrauer von Neuromyositis (Senator) mit, welcher durch die starke Muskelschmerzhaftigkeit und das bedeutende Ödem der überliegenden Haut der Dermatomyositis ähnlich war.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Im Verein für innere Medizin (Vereinsbeil. No. 3 d. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1899. No. 3) stellte Bendix einen Fall von **Wandererysipel** vor; die Patientin war innerhalb acht Jahren zehnmal von Erysipel des Kopfes und Gesichts befallen. Nach dem fünften Erysipel blieben Veränderungen des Gesichts zurück, die noch bestehen; die Oberlippe steht wulstartig vor, Wangen- und Kinngegend sind geschwollen, die Haut zeigt keine entzündlichen Veränderungen mehr, ist blafs, fühlt sich hart und verdickt an, wie ein lymphatisches Ödem; therapeutisch empfiehlt sich methodische Massage. In der Diskussion werden ähnliche Fälle mitgeteilt, die teils nach Gemütserregungen Auftreten des Erysipels darboten, teils wohl auf in den Lymphbahnen zurückgebliebene Streptokokkendepots zurückzuführen sind. *F. Hahn-Bremen.*

Über Erysipelbehandlung mit Metakresolanytol, von W. Koelzer. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 43.) Die in der Therapie viel verwertete Thatsache, dafs Ichthyol eine grofse Fähigkeit zeigt, bei äufserlicher Applikation in Haut und Schleimhäute einzudringen, liefs die Frage entstehen, ob auch die aus dem Ichthyol gewonnenen Präparate, das wirksamere Anytin und die noch stärker baktericiden Anytole die genannte Eigenschaft des Ichthyols zeigen würden. — Verfasser stellte nun mit dem Metakresolanytol Versuche an bei Kaninchen, an welchen durch Streptokokken und Mäuseseptikämiebacillen künstlich ein Erysipel erzeugt war. Durch Injektion einer Metakresolanytollösung, sowie durch Pinselung mit einer solchen gelang es, das Erysipel entweder direkt zu coupieren oder doch einen milden Verlauf desselben mit Ausgang in Heilung zu erzielen. Verfasser erbrachte auch den sehr wichtigen mikroskopischen Nachweis, dafs die Streptokokken durch das Metakresolanytol direkt vernichtet werden und verschwinden. — Auch bei einigen Fällen von menschlichem Erysipel wurde mit der Anwendung des Mittels begonnen. Es wurde zuerst 20—30 Minuten, dann zweistündlich 10—15—20 Minuten mit einer 3—1%igen Lösung ge-

pinselt und die Pinselung nicht länger als 2—3 Tage fortgesetzt. — Bei 5 Fällen zeigte sich in der That eine unzweifelhafte Beeinflussung des Erysipels durch das Metakresolanytol, so dafs Verfasser die Fortsetzung der Versuche empfehlen zu können glaubt. *I. Bloch-Berlin.*

Über das Erysipeloid, von Ernst Delbanco. (*Dtsch. Medizinalztg.* 29. Sept. 1898.) Der mit Demonstration mikroskopischer Präparate verbundene und in der biologischen Abteilung des Hamburger ärztlichen Vereins gehaltene Vortrag bespricht die wenigen Arbeiten, welche seit Rosenbachs erster und klassischer Beschreibung der Affektion vom Jahre 1884 gefolgt sind, und bestreitet die in der Arbeit Corduas niedergelegte Ansicht, dafs das Erysipeloid und Erythema exsudativum multiforme identische Krankheiten seien. Der Hauptunterschied, wenigstens äufserlich am leichtesten wahrnehmbar, zwischen beiden ist, dafs ersteres langsam weiterkriecht und an sehr circumscripter Stelle beschränkt bleibt, während das multiforme Erythem springt und über weite Körpergegenden sich ausbreiten kann. In der Unnaschen Poliklinik kamen 1897 bei einem Material von ca. 1100 Patienten 4 Fälle von Erysipeloid zur Beobachtung. Die 38jährige Patientin, welche das Material zu dieser Untersuchung abgab, bekam die Affektion am linken Mittelfinger im Anschlufs an eine Verletzung durch eine Fischgräte, dieselbe ist durch roten, etwas erhabenen Rand gegen die gesunde Haut scharf abgegrenzt; mäfsiges Brennen und Hitzegefühl, keine Allgemeinerscheinungen. Trotz der sehr genauen Untersuchungen, welche D. an excidierten Hautstückchen vornahm, gelang es ihm nicht, Mikrobien darin nachzuweisen; Ausstrichpräparate und Kulturversuche, welchen durch Einschnitt gewonnene Gewebsflüssigkeit resp. Blut zu Grunde lag, boten ebensowenig Anhaltspunkte für eine parasitäre Ätiologie. Immerhin läfst D. die Möglichkeit noch offen, dafs die Noxe, welche nach Rosenbach bakterieller Natur sei, nur in der Eingangspforte nachgewiesen werden könne; Felsenthal fand in der That unter 4 genau bakteriologisch untersuchten Fällen von Erysipeloid bei dreien übereinstimmend den Staphylokokken ähnliche Gebilde. In Anbetracht der widersprechenden Ergebnisse hält daher D. weitere Untersuchungen noch für notwendig. In Bezug auf die Differentialdiagnose zwischen Erysipeloid und Erythema multiforme citiert er die betreffenden Stellen aus der „*Histopathologie der Hautkrankheiten*“ von Unna, wonach eine Verwechslung der beiden Affektionen beinahe unmöglich scheint; das Erysipeloid tritt vor allem eng lokalisiert und nach einer äufserlichen Verletzug auf, nach Rosenbach besonders bei Leuten, welche mit toten Tieren zu thun haben, wie Schlächtern, Gerbern, Fischhändlern u. s. w.; beim Erythema multiforme ist ein äufseres Trauma selten oder nie die Ursache, es hat typischen, spontanen Ablauf von 2—3, selten 4 Wochen und tritt oft in kleinen Epidemien, besonders im Herbst und Frühling auf. Der histologische Befund Delbancos beim Erysipeloid ist der des entzündlichen Ödems; dabei fand er wiederholt sogenannte Mastzellen, welche reichlich Körnchen enthalten, und hält es in Anbetracht der weiteren Befunde, welche bei seinen gemeinsam mit Leistikow angestellten, ausgedehnten Untersuchungen über den weichen Schanker ähnliche Zellen (polynukleäre Leukocyten) innerhalb der Gefäfse aufwiesen, nicht für unwahrscheinlich, dafs, wie Ehrlich und Lazarus sich ausgesprochen haben, die Elimination dieser Granula eine der wichtigsten Funktionen der polynukleären Leukocyten ist. *Stern-München.*

Ein Fall von Noma, von Klautsch. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 52.) Der Verfasser beschreibt einen tödlich verlaufenen Fall von Noma faciei bei einem zweijährigen, schwächlichen, skrophulösen Kinde, bei dem ca. 6 Wochen vorher wiederholt leichte Zahnfleischblutungen aufgetreten waren. Der Verfasser glaubt, dafs Noma durch Mikroorganismen verschiedener Art hervorgerufen werden kann, aber

nur bei bestehender individueller Disposition: nur schlecht genährte, heruntergekommene oder durch eine schwere Krankheit geschwächte Kinder werden von Noma befallen. Neuere Untersuchungen und Erfahrungen lassen es dem Verfasser aber auch möglich erscheinen, daſs der LÖFFLERsche Diphtheriebacillus der Krankheitserreger der Noma ist; dafür spricht insbesondere, daſs in 2 Fällen durch Anwendung von Diphtherieserum Heilung erzielt wurde. Der Verfasser empfiehlt daher, in Fällen von Noma künftighin stets Serum einzuspritzen. *Götz-München.*

Fall von Noma, von FEHDE. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 46.) Das neunjährige Mädchen erkrankte nach einem leichten Scharlachanfall mit Gelenkschmerzen und Hämorrhagien in der Haut; dann traten weiſse Beläge auf den Mandeln auf, gegen die Diphtherieserum ohne sichtbaren Erfolg injiziert wurde, und nun entwickelte sich rapide eine gangränöse Stomatitis, die in drei Tagen Unterlippe und Zungenspitze zerstörte; nachdem anfangs alle therapeutischen Versuche fehlschlugen, brachte das zufällig gegebene Jodkalium Stillstand des Prozesses; ob die Eltern Lues gehabt hatten, lieſs sich nicht mit Sicherheit feststellen. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Rhinosklerom, von SCHOETZ. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 37.) Die 21jährige Patientin aus Oletzko an der polnischen Grenze war schon in ihrer Jugend durch üblen Geruch aus der Nase aufgefallen und hatte schon früh über „Engigkeit“ auf der Brust geklagt. Verfasser fand bei der Untersuchung folgende Veränderungen. Im Kehlkopf war das linke Taschenband im vorderen Abschnitt gerötet, etwas verdickt, nach rechts hinüber gebaucht und mit dem gegenüberliegenden auf 3 mm narbig verlötet. In der Gegend des Ringknorpels saſs ein sichelförmiger Tumor, der den oberen Trachealabschnitt fast ganz verlegte und jeden weiteren Einblick in die Tiefe der Trachea hinderte. Äuſsere Nase und Lippen vollkommen normal. Die Rhinoskopie ergab vor dem Ansatze der rechten mittleren Muschel am Nasenflügel eine bohnengroſse Geschwulst. Im Nasenrachenraum saſs ein dicker Narbenstrang und vor demselben ein haselnuſsgroſser, hochrot gefärbter Knoten. Nach Exstirpation des Trachealtumors zeigten sich in der Tiefe der Trachea noch weitere Höcker. — Die mikroskopische Untersuchung der Nasen- und Trachealgeschwülste ergab das ausgesprochene Bild des Skleroms: starke Hyperplasie und Metaplasie des Epithels, MIKULICZsche Zellen, Rhinosklerombacillen, vorwiegend in den MIKULICZschen Zellen. Die Züchtungsversuche lieferten allen Beschreibungen genau entsprechende Reinkulturen. Verfasser glaubt, daſs das Rhinosklerom auch in Berlin häufiger ist, als man bisher angenommen hat. *I. Bloch-Berlin.*

Ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie und Therapie des Milzbrandes beim Menschen, von STRUBELL. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 48.) Der vom Verfasser beobachtete Fall betraf einen Gerber, bei dem zuerst an der Nasenspitze ein kleines rotes Fleckchen aufgetreten war; dasselbe färbte sich alsbald schwarz und vergröſserte sich rasch. Bei der Aufnahme in die Klinik am sechsten Tage war der Befund folgender: hohes Fieber; die untere Hälfte der Nase unförmlich geschwollen, die Haut darüber mortifiziert und schwarz verfärbt; in der Umgebung dieses gangränösen Herdes dicke sulzige blaurote Schwellung der Haut in etwa $^1/_2$ cm Breite und eine Anzahl gelber Bläschen mit serösem Inhalt; die Haut der Wangen und der Unterlider stark ödematös, die benachbarten Drüsen stark geschwollen und schmerzhaft. Lungen und Darm normal, Milz mäſsig vergröſsert, Sensorium frei. Im Sekret der erkrankten Nasenhaut wurden Milzbrandbacillen gefunden, im Blute dagegen konnten keine nachgewiesen werden. — Zur lokalen wie allgemeinen Desinfektion wurden subcutane Karbolinjektionen (täglich etwa 30 Pravazspritzen einer 3%igen

Lösung) in das nekrotische Gewebe der Nase, die infiltrierte Umgebung, in die geschwollenen Drüsen und in den Arm gemacht; aufserdem bekam der Patient, um die Milzbrandbacillen, die bei 42° nicht mehr wachsen, direkt zu schädigen, auf die erkrankten Teile Kataplasmen, so heifs er sie ertragen konnte (50—55°); dieselben wurden Tag und Nacht alle 10 Minuten erneuert. Aufserdem wurden reichlich Excitantien und heifse Bäder gegeben. Unter dieser Therapie kam der ganze Prozefs, nachdem sich anfänglich Hautödem und Drüsenschwellung weit nach abwärts ausgebreitet hatten, zum Stillstand und zur Heilung. Die scheinbar total gangränöse untere Nasenhälfte zeigte nach Abstofsung eines kappenförmigen schwarzen Hautfetzens zunächst gesunde Granulationen, die sich schliefslich ohne erkennbare Narbe vollständig überhäuteten. — Der Patient hat in 18 Tagen über 400 Pravazspritzen 3%iger Karbollösung bekommen und nie Vergiftungserscheinungen gezeigt.

Götz-München.

Herstellung der Pasteurschen Vaccine gegen Milzbrand, von Julio Mendez-Buenos Aires. (*Centralbl. f. Bakt.* 1898. No. 12.) Die Methode der Herstellung von Milzbrandvaccine nach Pasteur beruht auf dem Grundsatze der Abschwächung der Virulenz der Mikroorganismen durch die Hitze. Verfasser giebt eine genaue, im Original nachzulesende Darstellung derselben, schildert die Gewinnung der Nährbouillon, des Urstoffs (la semence), d. h. der konservierten Sporen der verschiedenen Virulenzgrade, und der Vaccine durch Verimpfung des Urstoffs in Bouillon.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine klinische Studie über Favus und speziell dessen Behandlung, von A. D. Mayer-New York. (*Med. News.* 10. Dez. 1898.) Favus galt bis vor kurzem als eine relativ seltene Erkrankung in Nordamerika, hat aber in den letzten Jahren eine geradezu erschreckende Ausdehnung angenommen, was auf die Einwanderung vieler Österreicher, Ungarn und Russen zurückzuführen ist, während unter der amerikanischen Stammbevölkerung diese Hautaffektion noch immer selten bleibt. In der Hautklinik des Herrn Dr. Allen waren 100 Fälle von Favus, 85 Männer und 15 Frauen, unter 3350 dermatologischen Fällen, welche vom 1. April bis 31. Dezember 1897 behandelt wurden. Die Krankheit beginnt gewöhnlich in der Kindheit und ist am häufigsten im Alter von 8—14 Jahren, Schmutz und schlechte hygienische Verhältnisse bieten die gröfste Disposition, Sauberkeit ist der tödliche Feind des Achorion Schönleinii. In typischen Fällen ist die Diagnose nicht schwer, an der behaarten Kopfhaut finden sich scheibenförmige, schwefelgelbe Borken, durchbrochen von ein oder mehreren Haaren; diese selbst sind trocken, zerbrechlich und aschgrau, Stellen von Alopecie in späteren Stadien meist vorhanden. Unter den Borken findet man eine feine, dünne, glänzende Epidermisschicht auf einer grubenförmigen Einsenkung; den mäuseharnähnlichen Geruch der Krusten konnte M. nie konstatieren. Vom Ringworm unterscheidet sich Favus dadurch, dafs bei ersterem die Haare zerbrechlicher sind und in der Mitte abbrechen, beim Favus hingegen mehr gegen den Ansatz zu; das beste Unterscheidungsmerkmal ist jedoch die mikroskopische Untersuchung: bei Ringworm finden sich Eiterkörperchen, Epithelzellen und nur wenige Pilze, welche lang, ziemlich breit, wenige Verzweigungen und Konidien (Sporen) bildend, während man beim Favus nur die Mycelien von feiner Form, wie ein Netzwerk ineinander greifend und mit zahlreichen Coccidien von verschiedener Gröfse (2,5—5 μ) besetzt findet. Die Behandlung des Favus ist bei ausgedehnter Erkrankung meist sehr langwierig, viele Monate erfordernd. Wie bekannt, müssen zuerst die Haare kurz geschnitten werden, was wegen der Ansteckungsgefahr nie beim Bader, sondern stets in den Krankenanstalten oder Polikliniken mit speziellen Scheren, welche stets in Lysollösung liegen und nach jedesmaligem Gebrauch gründlich desinfiziert werden, geschehen soll. Schwieriger

dürfte sich in der Wirklichkeit die Forderung MAYERS gestalten, die Kinder bis zur Heilung, also oft ein Jahr lang und länger, von der Schule fern zu halten, eventuell eigene Schulen für „Favus- und Ringworm-Kinder“ zu errichten, was wohl nur Gemeinwesen von der Gröfse New Yorks möglich wäre. Nach dem Haarschneiden werden die Krusten mit Öl und Salben erweicht und dann mit Tinktur von grüner Seife entfernt; kommt der Patient nach einigen Tagen mit sauberem Kopfe, so wird 5% Chrysarobinsalbe verordnet und die Epilation vorgenommen. Ist diese vollendet, so wird über alle kranken Stellen die „Chrysarobinschminke“, d. i. 10% Chrysarobinkollodium, aufgetragen, dieselbe haftet fest an den kurzen Haaren und der Haut und versichert so ständige Einwirkung des Medikaments; andererseits wird keine Dermatitis der benachbarten Haut oder Augenentzündung verursacht und durch Ausschliefsung der Luft die Entwickelung des aëroben Favuspilzes verhindert und derselbe wahrscheinlich vernichtet. Die Entfernung der Kollodiumkrusten geschieht mit Öl oder Äther; ist die reaktive Entzündung eine zu starke, so mufs Chrysarobin durch eine 10%ige Hg-Ammonium(?)-Salbe ersetzt werden. *Stern-München.*

Eine einfache Behandlungsweise des weichen Schankers. MALHERBE-Nantes, eingedenk der günstigen Beeinflussung des Ulcus molle durch die Hitze, verfährt in folgender Weise: Nachdem das Geschwür mit einem Wattebausch sorgfältig abgewischt worden, hält er die breite, rotglühende Thermokauterspitze bis auf einige Millimeter an dasselbe heran, ohne es aber zu berühren. Sehr bald zeigen sich auf der Oberfläche des Ulcus blutende Streifen, und von diesem Augenblicke an soll man mit dem Brennen aufhören; das spezifische Geschwür ist nun in ein einfaches umgewandelt. Die weitere Behandlung besteht in einem gewöhnlichen Pulververband und die Heilung tritt in circa 14 Tagen ein. Der Schmerz bei dieser Behandlung ist ganz erträglich, kann übrigens durch vorherige Bepinselung mit Kokain gemildert werden. (*Presse méd.* 1899. No. 4.) *C. Müller-Genf.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Carcinomatosis cutis. HEUSS stellt in der Gesellschaft der Ärzte in Zürich eine 31jährige Frau vor, bei der vor sechs Monaten ohne bekannte Ursache zuerst an der Oberlippe, dann, in kurzen Zwischenräumen, an der Unterlippe, der Scheitelhöhe des Kopfes, der Ohren, der Nase, dem rechten Vorderarme, in Gruppen stehende, stecknadelkopfgrofse, derbe, rote, heftig juckende Knötchen aufgetreten waren. Zerkratzt und mit Tinct. jodi behandelt, begannen sie zu fliefsen und Krusten zu bilden, bei deren Abheben höckerige Geschwüre zu Tage traten, die nach und nach zu kondylomatösen Geschwülsten anwuchsen. Gegenwärtig verursachen die linsen- bis erbsengrofsen, blafsroten, feuchten, warzenartigen, derben Auswüchse im Gegensatze zu früher kein Jucken mehr, sie sind etwas druckempfindlich, spontan aber schmerzlos. Nichts an den inneren Organen. Mikroskopisch gaben sich die Neubildungen als Carcinome zu erkennen. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1899. No. 1.)

C. Müller-Genf.

Plastische Operation eines Ulcus rodens, von BATTLE. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1898.) Der 55jährige Mann hatte seit 26 Jahren im Gesicht ein Ulcus rodens, das beständig recidivierte und schliefslich beträchtliche Dimensionen angenommen hatte. Das Gesicht war infolgedessen stark entstellt. Ein Hautlappen auf das Ulcus transplantiert, besserte wesentlich das Aussehen des Patienten.

C. Berliner-Aachen.

Sarkom der Zunge, von H. LITTLEWOOD. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1898.) Der 17jährige Knabe hatte sich die Zunge an einer Stelle verbrüht. Es entstand ein Geschwür, und auf dem Grunde desselben entwickelte sich ein Gewächs, das mit Quecksilber und Jodkalium erfolglos behandelt wurde. Die stark vergröfserte Zunge wurde excidiert, später auch die vergröfserten Unterkieferdrüsen operativ entfernt. Die mikroskopische Untersuchung des Zungentumors ergab ein Rundzellen- beziehungsweise Lympho-Sarkom. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von multiplem Melanosarkom, von NORGREN-Hernösand. (*Hygiea.* Jan. 1898.) Die Krankheit, welche bei einem 34jährigen, verheirateten Weibe bestand, deren Mutter 9 Jahre vorher an „Krebs der Leber und der Lunge“ gestorben war, zeigte sich erst als ein brauner Fleck an der Aufsenseite des rechten Schenkels (möglicherweise ein früher übersehener Pigmentnävus), und endete letal mit zahlreichen Metastasen in der ganzen Haut und den inneren Organen nach ungefähr zwei Jahren. Der Harn, welcher weder Eiweifs noch Zucker, Blut oder Gallenbestandteile enthielt, war bei der Entleerung etwas dunkel und wurde durch Stehen fast ganz schwarz. Das Resultat der Obduktion und der mikroskopischen Untersuchung wird gleichzeitig mitgeteilt. Impfungsversuche an einer weifsen Ratte gaben negatives Resultat. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Ein Fall von „Psorospermose folliculaire végétante (DARIER)“, von JACOBI. (*Münch. med. Wochenschr.* 1898. No. 36.) Der Verfasser beschreibt kurz einen von ihm demonstrierten Fall der äufserst seltenen Psorospermose folliculaire végétante. (Ausführliche Publikation erfolgt im *Archiv für Dermatologie.*) Es handelte sich um einen in verschiedener Stärke fast über den ganzen Körper ausgebreiteten, seit Jahren ziemlich unverändert bestehenden Ausschlag von schmutzig-bräunlicher Farbe, fettigem Aussehen und ranzigem Geruch. Das Exanthem setzt sich zusammen aus kleinen Knötchen, die von einer harten, schwärzlich-bräunlichen, fest anhaftenden Kruste überdacht sind. Nach Abkratzen derselben findet sich an der Unterseite ein zapfenartiger, schmutziger, fettiger Fortsatz, dem im Knötchen eine kraterförmige Höhlung entspricht. Zum Teil sind die Knötchen mit Borken und Schuppen bedeckt; zwischen den Efflorescenzen findet sich schmieriges, ranzig riechendes Sekret vor. — Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Veränderung an jeder beliebigen Stelle der Haut entstehen kann, die Bezeichnung „folliculaire“ also unhaltbar ist. Die Präparate zeigen eine mächtige circumscripte Wucherung des Rete Malpighi. Hauptsächlich im Stratum granulosum finden sich teils in, teils zwischen den Epithelzellen grofse, runde, schlecht färbbare, zumeist von einer lichtbrechenden Membran umgebene Zellen, die meist ein kernartiges Gebilde einschliefsen. Ob es sich bei diesen corps ronds genannten Zellen um Psorospermien oder um Verhornungs- oder um Kerndegenerationsprodukte handelt, mufs der Verfasser unentschieden lassen.

Götz-München.

Neurofibroma molluscum (v. RECKLINGHAUSEN), von SEVERIN THOMSEN-Thisted. (*Hospitals Tid.* 1898. No. 11.) Verfasser hat einen solchen Tumor bei einem 4jährigen Kinde exstirpiert. Die Geschwulst, welche kurz nach der Geburt bemerkt wurde, bildete ein bedeutendes Konglomerat von unregelmäfsig zusammengehäuften, teils wurmförmigen, teils unregelmäfsig knotigen Massen, welche die Volar- und Radialseite des linken Antibrachium einnahmen. Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung bestätigt (fibromatöse Umbildung des Endo- und Perineuriums).

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Keloid (ALIBERT) und chronisch entzündete Hautstellen behandelt mit Skarifikation, von HERMAN LAWRENCE. (*Brit. med. Journ.* 16. Juli 1898.) Der

Verfasser behandelte einen 46jährigen Mann mit einem wahren Keloid in folgender Weise. Der Tumor sowie die benachbarte Haut wurden durch Längs- und Querincisionen mit einem fünfblätterigen Skarifikator förmlich „klein gehackt", hierauf wurde durch heifse Applikationen von Borsäurelösung ausgiebige Blutung unterhalten, die Wunde mit Jodoform bestreut, mit Zinkleim bedeckt, dann durch Auflegen eines Stückes von festem Hartgummi, der mit Pflasterstreifen festgehalten wurde, ein kontinuierlicher Druck ausgeübt. Diese Applikation eines Druckverbandes wurde mehrere Monate fortgesetzt. Der Erfolg war ein ausgezeichneter, da sich innerhalb eines Jahres seit der Operation kein Recidiv gezeigt hat. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Myoma der Haut, von M. Herzog-Chicago. (*Journ. of. cut. a. gen.-ur. dis.* Nov. 1898.) Hautmyome sind sehr selten. In der medizinischen Litteratur begegnet man kaum einem Dutzend Fälle. Virchow berichtet über einen Fall bei einer 32jährigen Frau, welche einige knotige Massen um die Brust hatte, und beschreibt diese Massen als Muskeltumoren. Unna behauptet, dafs solche Hautstellen, welche normalerweise eine gröfsere Menge von glatten Muskelfasern führen, wie das Scrotum, die Labia majora und der Warzenhof am leichtesten zur Bildung von Myomata neigen. — Man kann drei Quellen annehmen, von denen aus sich die Myome entwickeln: 1. von den Arrectores pilorum; 2. von den Gefäfswandungen; 3. von denjenigen tiefer gelegenen Muskelfaserschichten, welche man beim Scrotum, bei den Labia majora und um die Mamilla herum findet. So berichten Jadassohn und Lukasiewicz über Fälle, deren Ursprung sie auf die Arrectores zurückführen, während der Fall von Hess seinen Ausgang von der Muscularis der Gefäfswand nahm. — Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 55jährigen Manne, welchem ein Tumor von der Wange excidiert worden ist. Die Geschwulst bestand vorwiegend aus unwillkürlichen, glatten Muskelfasern und Muskelzellen. In Gestalt, Kernen und allgemeiner Anordnung boten sie die Charaktere, welche man für gewöhnlich bei Myomata vorfindet. Verfasser konnte an verschiedenen Schnitten deutlich nachweisen, dafs die Zellen des Neoplasmas ihren Ausgang von den Arrectores pilorum nahmen.

C. Berliner-Aachen.

Lipoma nasi, von Edgar Willett. (*Brit. med. Journ.* 8. Jan. 1898.) In dem Falle, welcher eine Frau betraf, ist von Interesse, dafs der Verfasser in den Schnitten des exstirpierten Lipoms Bacillen gefunden hat, welche denen sehr ähnlich sehen, die die Seborrhoe verursachen sollen. Wenngleich derartige Gewächse vielfach auf alkoholische Excesse zurückgeführt werden, so liegt für eine solche Annahme in dem vorliegenden Falle, zumal bei einer Frau, kein triftiger Grund vor.

C. Berliner-Aachen.

Angioma serpiginosum, von M. Dockrell. (*Brit. med. Journ.* 19. Febr. 1898.) Die 21jährige Frau zeigt im Gesicht eine Anzahl teleangiektatischer Efflorescenzen, von denen einige eine Reihe von sogenannten Naevi aranei bilden und auf Druck verschwinden. Man sieht aufserdem flache Narben. Befallen sind in gleicher Weise die Beine, weniger stark der Stamm. Die Affektion, die an Ausdehnung im Laufe der Jahre gewonnen hat, datiert seit der frühesten Kindheit der Patientin.

C. Berliner-Aachen.

Über Melanoplakie der Mundschleimhaut und die Diagnose auf Morbus Addisonii, von F. Schultze. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1898. No. 46.) Wenn auch Melanoplakien der Mundschleimhaut bei Lebererkrankungen (Molelithiasis) ohne Erkrankung der Nebennieren vorkommen können, so betont doch Verfasser im Gegensatz zu von Kahlden die Wichtigkeit der Bronzeverfärbung von Haut und Schleimhäuten für die Diagnose des Morbus Addisonii; er nimmt sogar an, dafs Fälle von klinischem

ADDISONschen Symptomenkomplexe vorkommen können, in denen auch in den Nebennieren sich keine mikroskopischen Veränderungen mit unseren jetzigen Hülfsmitteln der Untersuchung nachweisen lassen. *F. Hahn-Bremen.*

Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von Morbus Addisonii, von SILVESTRINI und DADDI. (*Rif. med.* 1898. No. 205.) Der Fall zeichnet sich aus durch seinen aufserordentlich raschen Verlauf, die schwere Asthenie, welche das dominierende Symptom im Krankheitsbilde vorstellte, die Anorexie, die hochgradige und rasch eingetretene Abmagerung und andererseits durch den sehr geringen Grad der Pigmentation. In beiden Nebennieren war jede spezifische Struktur verschwunden und die Organe in dichtes fibröses Gewebe umgewandelt. Gestützt auf diesen Befund — hochgradige Zerstörung des Nebennierengewebes bei nur geringer Pigmentation — nimmt Verfasser an, dafs die Pigmenthypertrophie bei ADDISON nicht von Veränderungen in den Nebennieren selbst, sondern eher von Läsionen in den Nervenfasern und -ganglien abhängt. *C. Müller-Genf.*

Die Beeinflussung des Stoffwechsels bei Morbus Addisonii durch Nebennierensubstanz, von MAX PICKARDT. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1898. No. 33.) Das Hauptresultat der Stoffwechseluntersuchungen des Verfassers war ein im Sinne der „Organotherapie". durchaus ungünstiges. Während der Patient vor Beginn der „spezifischen" Therapie mit Leichtigkeit mittelst der dargereichten Kost im Stickstoffgleichgewicht gehalten werden konnte, begann mit Einsetzen dieser Therapie unter äufserlich genau gleichen Bedingungen sofort eine nicht unbedeutende Einschmelzung von Körpereiweifs. Trotzdem erlaubt sich Verfasser über den Wert oder Unwert der spezifischen Therapie noch kein definitives Urteil. *I. Bloch-Berlin.*

Ein Fall von rapid verlaufender ADDISONscher Krankheit, von W. ALEXANDER. (*Brit. med. Journ.* 22. Jan. 1898.) Der 29jährige Patient, ein eifriger Radfahrer, hatte im Jahre 1882 in Egypten Gelbsucht gehabt, von der er genas und dann für viele Jahre stets gesund war. Bei seinem Radfahren hatte er mehrere Unfälle gehabt, von denen der letzte mit einem heftigen Shock verbunden war. Seit dieser Zeit kränkelte der Patient, ohne sich jedoch in der Erfüllung seiner militärischen Pflichten oder in seinen Vergnügungen stören zu lassen, bis er am 10. Oktober 1891 wegen der zunehmenden allgemeinen Körperschwäche ins Hospital aufgenommen wurde. Er zeigte einen schwachen Puls, erhöhte Temperatur, eine trockene, stark belegte Zunge, klagte über Schwindelgefühl und Brechneigung. Die Haut des Gesichts, Halses, der Hände, Knie und Genitalien war bronzefarben. Unter stetig zunehmender Herzschwäche erfolgte am 19. Oktober der Tod. Die Autopsie ergab eine sehr dunkle Leber, gefärbt in der Nachbarschaft der etwas ausgedehnten Gallenblase. Letztere haftete fest am Duodenum, welches entzündet und von Galle gefärbt war. Die Nebennieren waren vergröfsert und erwiesen sich beim Durchschneiden als mit fester, gelber käsiger Materie angefüllt. Das Herz war verfettet. *C. Berliner-Aachen.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Zur Therapie des Ulcus cruris, von J. MARCUSE. (*Dtsch. Medizinalztg.* 1898. No. 63.) Verfasser hat als Vorläufer des Zinkleimverbandes in der Behandlung grofser und vernachlässigter Unterschenkelgeschwüre den feuchten Verband mit BUROWscher Lösung angewandt. Dieser Verband hat folgende Vorteile: 1. Er wirkt zufolge seiner Fähigkeit, kräftig zu adstringieren und zugleich lange feucht zu bleiben a) sekretions-

hemmend, b) eminent aufsaugend und die Wunde austrocknend. 2. Im höchsten Grade antiseptisch. 3. Spannungs- und schmerzlindernd, kühlend. — Die Resultate dieser Therapie waren vorzüglich, wie aus den mitgeteilten Krankengeschichten erhellt. Der Burowsche Verband wirkt nicht blofs heilend auf die Geschwürsfläche, sondern auch auf die Cirkulationsveränderungen der betreffenden Extremität und erfüllt damit den Zweck einer rationellen Behandlung des Ulcus cruris und seiner ursächlichen Momente. *I. Bloch-Berlin.*

Übersicht über die verschiedenen Operationsmethoden der Hämorrhoiden, von J. Coplin Stinson-San Francisco. (*New York med. Journ.* 5. Nov. 1898.) Zweck einer Radikalkur der Hämorrhoiden ist, das normale Gewebe in allen seinen Beziehungen und seiner Funktion wieder herzustellen. Folgende Methoden sind gegenwärtig gebräuchlich: 1. Injektion verschiedener Flüssigkeiten, 2. Abquetschung, 3. Ignipunktur, 4. Ligatur, 5. Klammer und Kauterisation, 6. Excision nach Whitehead, 7. sog. unmittelbare Excision mit oder ohne Sutur. Von letzterer Operation rühmt St., dafs sie, verbunden mit Ligatur der stärker blutenden Gefäfse, die leichteste, sicherste, am wenigsten schmerzhafte ist, die wenigsten Komplikationen und keine Gefahr der Recidive bietet. Der Gang der Operation ist in kurzem folgender: Patient wird chloroformiert (Tropfmethode) und nach der Desinfektion in Steinschnittstellung gebracht, welche Lagerung der eigentlich schmerzhafte Akt der Operation sein soll. Die äufseren Hämorrhoidalknoten werden mit der Zange gefafst und einzeln in radiärer, den Analfalten entsprechender Richtung mit dem Messer rasch abgetragen, sodann die inneren Knoten, indem sie möglichst tief herabgezogen werden, der Längsrichtung des Mastdarmes entsprechend weggeschnitten; in beiden Fällen mufs darauf geachtet werden, dafs die beiden Schnittflächen gut zusammenpassen, eventuell können sie mit feinen Katgutnähten vereinigt werden. Bei Prolaps der Schleimhaut bringt man dieselbe zurück und macht in gleichen Abständen und der Längsaxe des Mastdarms entsprechend mit der Schere drei Schnitte, welche von der äufseren Haut bis zum höchsten Punkt des Vorfalles reichen. Nach der Operation werden die Teile gereinigt und mit einem milden antiseptischen Pulver, wie Aristol und Dermatol, bestreut, Gaze, Watte und T-Binde verbunden. Der Reihe nach bespricht sodann St. die übrigen, oben aufgezählten Behandlungsmethoden der Hämorrhoiden, von welchen er die ersten drei völlig verwirft; die Ligatur hält er für eine unzuverlässige Operation, nach welcher zudem oft Schmerzen heftigster Art auftreten. Besser sind schon die Resultate bei der Klammer- und Kauterisationsmethode und die Erholung eine raschere. Die einfache Excision oder Whiteheads Operation giebt nach St.s Ansicht ebenso wenig Gewähr für dauernde Heilung wie die Ligatur oder Kauterisation (allein). Die Zahl der Fälle, welche St. nach seiner Methode behandelte, betrug 115, die Mortalität war gleich Null, und da er sowohl seine eigenen Fälle wie die auf andere Weise Behandelten ziemlich lange nach der Operation, wenigstens zum grofsen Teile, verfolgen konnte, so glaubt er, genug klinische Erfahrung zu besitzen, um ein so positives Urteil über die mehr oder weniger grofse Erfolglosigkeit anderer Methoden aussprechen zu können. Bezüglich weiterer Einzelheiten derselben mufs Referent auf die Originalarbeit verweisen. *Stern-München.*

Beitrag zur Lehre von den Gangränformen mit symmetrischer Lokalisation, von Josef Hausner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1898. No. 46.) Ein 65 Jahre alter, ziemlich kräftiger, aber nervöser Herr erkrankt an einer Phlegmone eines Armes, die nach entsprechenden Incisionen gut heilt. Während der Krankheit zeigte der Patient eine auffallende Schwäche, vor derselben hatte er längere Zeit über reifsende Schmerzen in den Füfsen geklagt. Ganz unerwartet stellte sich im Krank-

heitsverlauf ein Kollaps mit Tachycardie ein, an welchen sich eine symmetrische Gangrän an beiden Füfsen anschliefst, die unter septischen Erscheinungen zum Tode führt. — Verfasser erörtert eingehend die in Frage kommenden Gangränformen und gelangt zu dem Schlusse, dafs es sich um eine RAYNAUDsche symmetrische Gangrän nach WEISS (vasomotorische Neurose) oder KORNFELD (Trophoneurose) handelte oder die BILLROTH-WINIWARTERsche Gangränform vorliegt. Gegen letztere spricht das foudroyante Auftreten, die Symmetrie, die fehlende oder wenigstens nicht nachweisbare Arteriosklerose. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Symmetrische, partielle Loslösung der Fingernägel von ihrer Matrix, von J. S. K. SMITH. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1898.) Die 30jährige vorheiratete Frau bemerkte vor einem Jahre, dafs die Haut unterhalb der freien Ränder der affizierten Nägel sich in weifslichen Schüppchen abzuschälen begann. Dies dauerte 3—4 Monate, bis die Exkavationen unterhalb der Nägel ihren gegenwärtigen Umfang erreicht hatten. Befallen sind die Nägel des Zeige-, Mittel- und kleinen Fingers jeder Hand. Die Nägel selbst sehen glänzend und gesund aus, die Matrix wie narbig glänzend. Die Symmetrie ist ganz frappierend. Eine Ursache der Affektion liefs sich nicht eruieren. *C. Berliner-Aachen.*

Über Myxödem und **Zwei Fälle von Myxödem, behandelt mit Thyreoidintabletten,** von PFANNENSTIEL-Stockholm. (*Hygiea.* Dez. 1897.) Enthalten als neu nur die zwei glücklich behandelten Fälle von vieljährigem Myxödem bei weiblichen Patienten, von 61 und 69 Jahren. Von ungewöhnlichen Symptomen bot die eine starken Tremor des Kopfes mit weiten Exkursionen dar, welcher gleichzeitig mit den anderen Symptomen durch die Behandlung schwand. Bei derselben Patientin hatte, obgleich das Myxödem sich in einem vorgeschrittenen Stadium befand, die Schweifssekretion niemals aufgehört, sondern war ziemlich stark bei Bewegungen und auch sonst. Bei der Blutuntersuchung vor der Behandlung war das Blut bei dieser Patientin „schleimig“, später nicht. — Die Patientinnen haben sich später symptomfrei gehalten durch Einnahme von bezw. 3—4 und 2—3 Thyreoidintabletten (Burroughs, Wellcome & Co., London) in der Woche, bezw. über $^1/_2$ und gegen 2 Jahre. Jede Tablette enthält 0,33 g trockene Schilddrüsensubstanz vom Schafe. (Da es dem Referenten von besonderem Interesse scheint, die erfahrungsgemäfs notwendige, zwar wahrscheinlich individuell etwas wechselnde, tägliche Substitutionsdosis festgestellt zu sehen, wird mitgeteilt, dafs in den vom Referenten in dieser Zeitschrift, Bd. XVI, 1893, und Bd. XVIII, 1894, publizierten zwei Fällen von Myxödem sich die Patientinnen später — jetzt in bezw. $5^1/_2$ Jahren und mindestens 4 Jahren (die eine Patientin ist in dem letzten Jahre aus dem Gesichtskreise verschwunden) — symptomenfrei gehalten haben durch Einnahme von einer halben gekochten Glandula thyreoidea vom Kalbe jeden zweiten Tag oder dementsprechend 1 Pil. gland. thyreoid. sicc. à 10 cg 2mal täglich während des Ferienaufenthaltes innerhalb der Stadt.)

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

